

José Ángel Patitó

MEDICINA LEGAL

Ediciones Centro Norte

MEDICINA LEGAL

José Angel Patitó

MEDICINA LEGAL



© 2000 EDICIONES CENTRO NORTE
Carlos A. Vicino Editor
Ituzaingó 345 (1642) San Isidro
Provincia de Buenos Aires
República Argentina
Tel.: 4747-8008

I.S.B.N.: 950-9755-21-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

IMPRESO Y HECHO EN ARGENTINA

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopia, sin consentimiento por escrito del Editor.

Diseño de tapa: Damián A. Vicino

José Angel Patitó

Profesor Regular Titular de Medicina Legal y Deontología Médica,
Facultad de Medicina (U.B.A.)

Profesor Adjunto de Medicina Legal

Facultad de Medicina (Universidad Maimónides)

Médico Forense de la Justicia Nacional

Colaboradores

- *Curci, Osvaldo Héctor*
Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Legal y Toxicología,
Facultad de Medicina, U.B.A.
Médico Forense de la Justicia Nacional
- *Curia, María Teresa*
Docente Adscripta de Medicina Legal, Facultad de Medicina U.B.A.
Médica Forense de la Justicia Nacional
- *Famá, Francisco Jorge*
Docente Adscripto de Medicina Legal
Facultad de Medicina U.B.A.
Jefe de la Asesoría Pericial del Departamento Judicial
San Martín, Pcia. de Buenos Aires
- *Guzmán, Celminia*
Docente Adscripta de Medicina Legal, Facultad de Medicina, U.B.A.
Médica especialista en Neurología, Medicina Legal y Medicina Interna
- *Lancelle, Beatriz*
Docente Autorizada de Medicina Legal, Facultad de Medicina, U.B.A.
Médica Forense de la Justicia Nacional
- *Lossetti, Oscar Agustín*
Docente Adscripto de Medicina Legal, Facultad de Medicina, U.B.A.
Médico Forense de la Justicia Nacional
- *Navari, Carlos Alberto*
Docente Adscripto de Medicina Legal, Facultad de Medicina, U.B.A.
Médico Forense de la Justicia Nacional
- *Rubinstein, Norberto Julio*
Docente Adscripto de Medicina Legal, Facultad de Medicina (U.B.A.)
Médico especialista en Medicina Legal
- *Stingo, Néstor Ricardo*
Jefe del Departamento de Docencia del Hospital Psicoasistencial "José T. Borda"
Médico Forense de la Justicia Nacional

- *Sotelo Lago, Alicia*
Profesora Adjunta de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad Favaloro
Médica Forense de la Justicia Nacional
- *Trezza Fernando Claudio*
Docente Adscripto de Medicina Legal, Facultad de Medicina, U.B.A.
Médico Forense de la Justicia Nacional
- *Vázquez Fanego Héctor Osvaldo*
Docente Autorizado de Medicina Legal, Facultad de Medicina, U.B.A.
Médico Forense de la Justicia Nacional
- *Zazzi, María Cristina*
Jefa de Sección del Servicio de Emergencias N° 1 del Hospital Psicoasistencial
"José T. Borda"
Médica Forense de la Justicia Nacional

Reproducción fotográfica: *Tochi*

INDICE

Agradecimiento	23
Prólogo	25
Introducción	27
LIBRO I: INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA MEDICINA LEGAL	29
1. Significado e importancia del estudio de la Medicina Legal en la carrera de Medicina	31
2. Medicina Legal: definición	32
3. Contenido de la Medicina Legal	33
4. Las normas Jurídicas. Organización de la Justicia Nacional	35
LIBRO II: EJERCICIO LEGAL E ILEGAL DE LA MEDICINA	39
CAPÍTULO 1: EJERCICIO LEGAL DE LA MEDICINA	41
1. Trámites previos al ejercicio de la medicina	41
2. El ejercicio profesional	42
3. Análisis de la ley 17.132	43
a) Ejercicio de la medicina: definición	43
b) Matrícula	43
c) Inhabilitación	44
d) Autorización para el ejercicio de la medicina	44
e) Certificados	44
f) Obligaciones de los médicos	45
g) Prohibiciones de los médicos	45
h) Especialidad, especialistas, especialidades reconocidas. Acreditación. Certificación y recertificación profesional	46
i) Los practicantes	51
j) Reválida. Tratados	51
CAPÍTULO 2: EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA	51
1. Curanderismo	52
2. Charlatanismo	52
3. Cesión de título o prestación de nombre	53
4. Usurpación de títulos y honores	53

MEDICINA LEGAL

Ley 17.132	54
Decreto 6.216/67	69
Ley 23.873	80

LIBRO III: RESPONSABILIDAD MÉDICA 83

1. Introducción. Antecedentes históricos	85
2. Concepto	86
3. Delimitación del concepto. Iatrogenia. Delitos dolosos. Estado de necesidad	87
a) Elementos constitutivos de la responsabilidad médica	87
b) Iatrogenia	87
c) Ejercicio profesional y hechos dolosos	89
d) Estado de necesidad	90
4. Encuadramiento jurídico de la responsabilidad médica	91
a) Aspecto penal	91
b) Aspecto civil	92
5. Causas y prevención e los juicios por responsabilidad médica ..	92
a) Causas	92
b) Prevención	93
c) El recurso de amparo	94
d) Plazos para iniciar un juicio por responsabilidad médica.	
Prescripción	95

LIBRO IV: SECRETO MÉDICO 97

1. Concepto	99
2. Clases de secreto médico: absoluto, relativo y compartido	100
3. El Código Penal y el Secreto Médico	100
a) Art. 156: secreto profesional	100
b) Denuncia	101
c) Secreto médico y encubrimiento	102
4. Justa causa	102
A. Justa causa legal	103
a) Código Procesal Penal. Ley 23.984	103
a-1) Denuncia de delitos	103
a-2) La citación judicial	103
a-3) El falso testimonio	103
b) Ley 14.586	104
c) Ley 11.359	104
d) Ley 11.843	104
e) Ley 12.331	104
f) Ley 15.465	104
g) Ley 17.132	105
B. Justa causa moral	105
a) Juramento	105
b) Código de Ética	105
5. Sanciones por violación de secreto profesional	106

ÍNDICE

LIBRO V: DOCUMENTACIÓN MÉDICA	107
INTRODUCCIÓN AL TEMA	109
CAPÍTULO 1: CERTIFICADOS MÉDICOS	109
a) Generalidades - Concepto	109
b) Clases de Certificados Médicos	110
b-1) Ordinarios	110
b-2) Oficiales	110
— De matrimonio "in extremis"	110
— De traslado al exterior de incapaces	110
— De nacimiento	111
— De defunción	111
— De defunción fetal	111
— De cremación	111
— De internación para pacientes que presentan trastornos psíquicos; en juicio de incapacidad por demencia y en juicio de inhabilitación	111
— De prenupcial	111
c) Certificado médico falso y Código Penal	111
CAPÍTULO 2: HISTORIA CLÍNICA	112
a) Concepto	112
b) Contenido de la historia clínica	113
c) Confección y redacción	113
d) Obligatoriedad de su confección, conservación y archivo	113
e) La historia clínica computarizada	114
f) Exhibición obligatoria	114
 LIBRO VI: HONORARIOS MÉDICOS	 115
1. Concepto	117
2. Contexto legal y ético	117
3. Ley de ejercicio de la medicina y honorarios médicos	118
4. Juicio por cobro de honorarios. Plazos para iniciar la demanda .	118
5. Preferencia en el pago. Créditos privilegiados	118
6. Donaciones y legados	119
7. Ética y honorarios médicos	119
a) Fijación y aceptación del monto entre el médico y el paciente	119
b) Forma de estimación del monto de los honorarios. Pautas	119
c) Reclamo del pago de honorarios	120
d) La atención gratuita	120
e) La participación de honorarios	121
 LIBRO VII: LA ACTIVIDAD O LABOR MÉDICO LEGAL	 123
INTRODUCCIÓN	125

MEDICINA LEGAL

CAPÍTULO 1: EL PERITO MÉDICO	125
a) Concepto	125
b) Clasificación	126
c) Condiciones que debe tener un perito médico	126
d) Los peritos médicos en el fuero penal	127
e) Los peritos médicos en el fuero civil	128
CAPÍTULO 2: LA PERICIA MÉDICA	128
a) Definición	128
b) Denominaciones	129
c) Formas de presentación del dictamen pericial	129
d) Estructura de la pericia médica	130
e) Valor de la pericia médica	130
LIBRO VIII: ÉTICA Y MEDICINA	133
1. El médico y la ética	135
2. Bioética	136
a) Principios y agentes morales de la bioética	136
b) Interacción entre principios bioéticos	137
3. El consentimiento informado	137
a) Concepto	137
b) Excepciones	138
c) Derechos del médico y del paciente	139
4. Investigación en Medicina	139
5. Bioética y proyecto Genoma Humano	140
6. Eutanasia y Distanasia	140
7. Los Comités Hospitalarios de Ética	141
Comités Hospitalarios de Ética Asistencial	141
Comités Hospitalarios de Ética de Investigación	143
Código de Ética Médica de la República Argentina	144
LIBRO IX: LA MUERTE Y LA MEDICINA LEGAL	155
CAPÍTULO 1: TANATOLOGÍA	157
a) Introducción. Definición y Campo de la Tanatología	157
b) Tanatodiagnóstico	157
b-1) Definición de muerte	157
b-2) Agonología	158
b-3) El diagnóstico de muerte	159
b-4) Formas médico-legales de muerte	160
c) Tanatosemiología	161
— Deshidratación	161
— Enfriamiento	161
— Rigidez	162
— Espasmo cadavérico	163
— Livideces	163

ÍNDICE

— Hipostasias	163
— Putrefacción	164
— Adipocira	165
— Corificación	165
— Momificación	166
— Congelación	166
d) Tanatocromología	166
e) Autopsia o Tanatopsia	167
f) Tanatoconservación	172
g) Tanatolegislación	173
 CAPÍTULO 2: SUICIDIO	174
1. Concepto	174
2. Teorías. Antecedentes históricos	174
3. Código Penal y Suicidio	175
4. Ley del ejercicio de la medicina y suicidio	176
5. Código de ética y suicidio	176
6. Bioética y suicidio	176
7. Aspectos medicolegales del suicidio	177
 CAPÍTULO 3: HOMICIDIO	177
Introducción	177
1. Concepto	178
2. Clasificación	178
3. Homicidio doloso	179
a) Homicidio simple con dolo eventual	179
b) Homicidio agravante o calificado	179
c) Homicidio con atenuantes	180
4. Homicidio culposo	181
5. Homicidio en circunstancias especiales	181
 CAPÍTULO 4: MUERTE SÚBITA INFANTIL	182
a) Introducción	182
b) Conducta a seguir por el pediatra	183
c) Objetivos médico-legales de la autopsia	183
d) principales diagnósticos diferenciales que deben plantearse ..	184
e) Síndrome de muerte súbita del lactante	185
f) Repercusiones de la muerte súbita infantil	187
 CAPÍTULO 5: MUERTE SÚBITA EN EL ADULTO	188
a) Introducción	188
b) Definiciones	188
c) Concepto médico-legal. Diferencias con la muerte inesperada, rápida y por inhibición	188
d) Causas de muerte súbita	189
e) Aspecto médico-legal	190
 CAPÍTULO 6: LA MUERTE DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	191
1. Definiciones	191

MEDICINA LEGAL

2. Causas de muerte del feto y del recién nacido	192
3. Pruebas de vida extrauterina del recién nacido	193
4. Pruebas del tiempo de vida del recién nacido	194
5. El recién nacido de término	195
 LIBRO X: ASFIXIOLOGÍA	 197
1. Introducción	199
2. Tipos de asfixias	199
— Ahorcadura	201
— Estrangulación a lazo	205
— Estrangulación manual	206
— Sofocación	207
— Compresión torácica y/o abdominal	207
— Crucifixión	208
— Cuerpos extraños	208
— Sepultamiento	209
— Sumersión	209
— Asfixia por gases inertes	214
— Confinamiento	215
 LIBRO XI: LESIONOLOGÍA MÉDICOLEGAL	 217
1. Introducción	219
2. Definición de lesión	219
3. Clasificación	219
 CAPÍTULO 1: ASPECTO MÉDICO-LEGAL DE LAS LESIONES. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD	 220
a) Las lesiones en el Código Civil	220
b) Las lesiones en el Código Penal	220
 CAPÍTULO 2: LAS LESIONES SEGÚN LA MORTOFOLOGÍA	 224
a) Lesiones externas: contusiones	225
— Apergaminamiento	225
— Excoriación	226
— Equimosis	226
— Hematoma	227
— Herida o lesión contusa propiamente dicha	228
— scalp	229
— Arrancamiento	229
— Descuartizamiento	229
b) Lesiones internas	230
— Hematomas y hemorragias	230
— Derrames	230
— Laceraciones, desgarros, estallidos	230
— Fracturas	230

ÍNDICE

CAPÍTULO 3: LAS LESIONES SEGÚN EL AGENTE PRODUCTOR	231
CAPÍTULO 3-A) LESIONES POR ARMAS BLANCAS	232
1. Concepto de arma blanca. Tipos	232
2. Clases de lesiones por armas blancas	232
a) Lesiones cortantes o incisas	232
b) Lesiones punzantes	234
c) Lesiones punzocortantes	235
d) Lesiones contuso-cortantes	235
3. Variedades de lesiones por armas blancas	236
4. El informe médico-legal en caso de lesiones o muerte por armas blancas	237
CAPÍTULO 3-B) LESIONES POR PROYECTILES DE ARMAS DE FUEGO	238
1. Armas de fuego. Definición	238
2. Mecanismos lesivos de los proyectiles	239
3. Características de las lesiones por proyectiles de armas de fuego	241
3.a) Lesiones por proyectiles de armas de fuego cortas (proyectil único)	241
3.b) Lesiones por proyectiles de armas de fuego largas	246
4. Consideraciones prácticas	247
5. El informe médico legal en caso de lesiones o muerte por proyectiles de armas de fuego	248
CAPÍTULO 3-C) QUEMADURAS	248
1. Introducción. Clasificación	248
2. Quemaduras producidas por el calor	249
a) Caracteres generales	249
b) Carbonización	251
3. Quemaduras producidas por el frío	252
4. Quemaduras por radiación	253
5. Quemaduras por agentes químicos	255
CAPÍTULO 3-D) LESIONES POR ELECTRICIDAD	255
1. Introducción	255
2. Mecanismos de acción	256
3. Causas de muerte por corriente eléctrica	257
4. Formas de contacto, entrada y pasaje de corriente	257
5. Etiología	258
6. Lesiones por electricidad industrial	258
a) Lesión electroespecífica	258
b) Quemadura eléctrica	259
7. Muerte por electricidad industrial. Electrocución	259
8. Muerte por electricidad atmosférica. Fulguración	260
CAPÍTULO 3-E) LESIONES POR CAÍDA, DEFENESTRACIÓN Y PRECIPITACIÓN	261
CAPÍTULO 3-F) LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO TERRESTRE	262
CAPÍTULO 3-G) LESIONES POR MORDEDURAS HUMANAS Y DE ANIMALES	263
CAPÍTULO 3-H) LESIONES POR EXPLOSIÓN	263
CAPÍTULO 3-I) LESIONES POR APLASTAMIENTO	265
CAPÍTULO 3-J) LESIONES POR CAMBIOS O VARIACIONES DE LA PRESIÓN ATMOSFÉRICA	265

MEDICINA LEGAL

265265	CAPÍTULO 4: LAS LESIONES SEGÚN SU EVOLUCIÓN	266
	CAPÍTULO 5: LAS LESIONES SEGÚN LOS CARACTERES DE VITALIDAD	267
LIBRO XII: CRIMINALÍSTICA		269
	Definición. Clasificación	271
	a) Radiología forense	272
	b) Odontología forense	272
	c) y d) Manchas, pelos y cabellos	272
	e) Estudio de elementos óseos	272
	f) Prueba de compatibilidad inmunogenética	276
	1) Introducción	276
	2) Estudio molecular del polimorfismo del ADN	277
	3) Selección y conservación de muestras	280
	4) Síntesis de definiciones operativas y metodología de tipificación de ADN en medicina legal	281
	5) Interpretación de los resultados y tratamiento matemático de los mismos	285
	6) Requisitos que debe incluir un informe medicolegal sobre identificación molecular	287
LIBRO XIII: TOCGINECOLOGÍA FORENSE		289
	CAPÍTULO 1: LA CONCEPCIÓN	291
	a) Aspectos médicos	291
	b) Aspectos legales	292
	CAPÍTULO 2: EL EMBARAZO	294
	a) Concepto	294
	b) Diagnóstico de embarazo	294
	c) Probabilidad de embarazo	295
	d) Certeza de embarazo	295
	e) Aspectos jurídicos: legislación	296
	e-1) Reconocimiento de embarazo	296
	e-2) Duración legal del embarazo	296
	e-3) Simulación del embarazo	297
	CAPÍTULO 3: PARTO Y NACIMIENTO	297
	a) Parto	298
	b) Nacimiento	298
	c) Aspectos jurídicos de carácter civil vinculados al parto y nacimiento	299
	d) Aspectos jurídicos de carácter penal vinculados al parto y nacimiento	301
	CAPÍTULO 4: FECUNDACIÓN ASISTIDA	302
	a) Introducción	302

ÍNDICE

b) Problemática de la fecundación asistida	302
c) La fertilización asistida y la responsabilidad profesional	304
d) Soluciones propuestas. Proyectos legislativos	304
e) Conclusiones	305
CAPÍTULO 5: ABORTO	305
a) Concepto	305
b) Clasificación médico-legal del aborto	306
c) El aborto en el Código Penal	307
d) Técnicas del aborto criminal	310
e) Complicaciones del aborto criminal	310
f) Diagnóstico médico-legal del aborto criminal	311
 LIBRO XIV: SEXOLOGÍA MEDICOLEGAL	 315
Introducción. Generalidades	317
 CAPÍTULO 1: DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL	 318
a) Antecedentes y tipificación	318
b) Abuso sexual y sus variedades	319
b-1) Abuso sexual	319
b-2) Abuso sexual con agravantes	320
b-3) Abuso sexual con sometimiento gravemente ultrajante ...	320
b-4) Abuso sexual con acceso carnal, acceso carnal abusivo o violación	321
b-5) Agravantes del acceso carnal abusivo o violación	322
b-6) Diagnóstico médico-legal de la violación	322
c) Estupro	327
d) Elementos comunes a los delitos contra la integridad sexual ...	327
e) Denuncia	328
f) Acción penal pública	328
g) Exhibiciones obscenas	328
 CAPÍTULO 2: CONTAGIO VENÉREO	 329
 CAPÍTULO 3: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD QUE DERIVAN DE CAMBIOS DE ORIENTACION O DESVIACIONES DEL INSTINTO SEXUAL	 330
 CAPÍTULO 4: IMPOTENCIA SEXUAL	 331
 CAPÍTULO 5: ESTADOS INTERSEXUALES	 332
 LIBRO XV: PSIQUIATRÍA MÉDICO LEGAL	 333
1. Aspectos civiles	335
a) Capacidad civil o jurídica	335
b) Incapacidad civil	336

MEDICINA LEGAL

c) Juicio de incapacidad por demencia	337
d) Juicio de inhabilitación	340
e) Internación de pacientes que presentan trastornos psíquicos ...	341
2. Aspectos penales	344
a) Criminología	344
b) Imputabilidad	354
c) Culpabilidad	355
d) La responsabilidad	355
e) Inimputabilidad	355
f) Emoción violenta	357
3. Uso indebido de drogas	359
4. Artículos del Código Procesal Penal relacionados con la práctica profesional	367
5. Trastornos de la sexualidad	367
 LIBRO XVI: ASPECTOS MEDICOLEGALES DEL S.I.D.A.	371
1. Introducción	373
2. Aspectos médico-legales	373
a) S.I.D.A. y secreto médico	373
b) Responsabilidad médica y S.I.D.A.	376
c) Secreto médico, responsabilidad médica y S.I.D.A.	377
3. Aspectos bioéticos	377
a) El S.I.D.A. y el paciente	377
b) El S.I.D.A. y el médico	378
c) El S.I.D.A. como enfermedad terminal: la "muerte digna"	378
 Ley 23.798	379
Decreto 1244-91	381
 LIBRO XVII: VIOLENCIA FAMILIAR	383
1. Aspectos generales. Antecedentes	385
2. El maltrato infantil	385
a) Abuso físico	386
b) Abuso emocional	386
c) Abuso sexual	387
d) Negligencia	388
3. Aspectos jurídicos y médico-legales de la violencia familiar	389
a) El grupo familiar. Hechos que configuran violencia. Asistencia. Criterios de internación. Cese del hecho danoso	389
4. Pericias	392
 Ley 24.417	392
Decreto 235/96	393

ÍNDICE

LIBRO XVIII: ABLACIÓN E IMPLANTACIÓN DE ÓRGANOS Y MATEIRALES	
ANATÓMICOS	397
a) Objeto de la ley e indicaciones médicas	399
b) Ente regularador	399
c) Concepto de trasplante	400
d) Concepto de muerte encefálica	400
e) Prácticas médicas quirúrgicas de técnica corriente y órganos que pueden trasplantarse	403
f) Consentimiento informado	404
g) Disposiciones sobre donantes y receptores	404
h) Obligaciones de los médicos asistenciales	405
i) Prohibiciones	405
j) Sanciones	406
Ley 24.193	407
Decreto 512/95	418
Resolución N° 34/98 (M.S.A.S.)	424
 LIBRO XIX: MEDICINA LEGAL DEL TRABAJO	431
1. Introducción. Definiciones	433
2. Objetivos de la ley	433
3. Ambito de aplicación	433
4. Contingencias y situaciones cubiertas	433
a) Accidente de trabajo. Enfermedad profesional	433
b) No resarcibilidad. Exclusiones	434
5. Incapacidad laboral	435
6. Determinación de la incapacidad	435
7. Revisión de las incapacidades	436
8. Denuncia de accidente o enfermedad	436
9. Comentario final	436
Ley 24.557	437
 LIBRO XX: EL MÉDICO ANTE LAS EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES	449
1. Introducción	451
2. Clasificación de las catástrofes	451
3. Obligaciones del médico en las catástrofes	452
4. Medicina Legal y catástrofes	452
Bibliografía	453
Índice Temático	469

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por su comprensión y aliento sostenidos en la elaboración de este libro y a las autoridades del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional, Profesores Armando Macagno, Víctor Poggi y Antonio Bruno, cuyo estímulo, apoyo, asesoramiento y crítica constructiva fueron un aporte invaluable en el momento de decidir la realización y concreción de esta obra.

PRÓLOGO

No diré la frase hecha "esta obra llena un vacío", pero creo que no hay otro libro en la actualidad, ni en nuestro medio, que resuelva con tal claridad y precisión, los problemas que deben encarar, aquellos que transitan a diario los ásperos senderos de la medicina legal. Los documentos que han servido al autor para componer sus descripciones le son propios, los ha recogido él mismo en una práctica que data de muchos años, y que le ha permitido realizar miles de intervenciones periciales que le confiaran. De ello soy testigo, trabaja a mi lado en la sala de obducciones de la Morgue Judicial, y me auxilia con su sapiencia cada vez que solicito su consejo. Por ello me honra profundamente haber sido elegido por el autor para prologar su libro. El Dr. José Angel Patitó ha realizado un esfuerzo extraordinario que sus lectores, entre los cuales me cuento, le debemos agradecer. No diría yo, que hay temas importantes que se hayan dejado de lado. Elija el lector el capítulo que más le interesa y comprobará que no exagero al escribir estas notas. Sobre todo admiro la claridad de su lenguaje que hace fácil lo difícil, simple lo complejo, y que en todo momento tiene ese eco mágico de la palabra del maestro, que parece estar hablando individualmente a cada uno de los lectores. El genial médico español Félix Martí Ibáñez acuña la frase que define a los médicos legistas: "llevan bajo la túnica de Solón a la sapiencia de Hipócrates", a ello se ajusta perfectamente la personalidad científica del Dr. Patitó.

Dr. Osvaldo H. Raffo

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de veinte años, en nuestro país y en el mundo, el saber médico legal ya no está concentrado en una sola persona. Ello es debido a la diversidad de temas que integran la Medicina Legal y al avance vertiginoso de los conocimientos médicos.

Interpretando esta realidad nos hemos reunido un conjunto de colegas, todos especialistas en la materia, para hacer esta obra en la que cada uno de nosotros ha aportado su conocimiento en la redacción de los temas de su especialidad, volcando el saber teórico y la experiencia práctica de todos los días que recogemos en el hospital, los tribunales y la universidad.

Es una obra destinada a los alumnos de la carrera de Medicina en donde se describen los conocimientos elementales de la materia por lo que aquellos interesados en profundizar algún tema de su interés podrán ampliarlo teniendo como base las referencias bibliográficas que incluimos al final.

Está en nuestro ánimo y es nuestro deseo mejorar la enseñanza de la materia, y, salvando las distancias, tratar de inscribir este trabajo en la línea de pensamiento iniciada en nuestro medio por Ingenieros y continuada por Rojas y Bonnet.

El autor
Marzo de 2000

LIBRO I

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA MEDICINA LEGAL

**José A. Patitó
María T. Curia**

1. SIGNIFICADO E IMPORTANCIA DE LA MEDICINA LEGAL EN LA CARRERA DE MEDICINA

Para comprender el porqué, el significado y la importancia de la Medicina legal dentro del plan de estudios de Medicina debemos hacer el análisis, teniendo en consideración las transformaciones que ha experimentado la educación universitaria a través del tiempo.

La Universidad, en general, comienza a transformarse a comienzos del siglo XIX en Francia y Prusia. Su función era no solamente enseñar y debatir sino también, investigar. A esta nueva orientación se le incorpora el dictado de ciencias no tradicionales. A partir de esa transformación, se llega a comienzos del siglo XX, a gestar lo que podría llamarse la Universidad moderna. Este cambio tomó gran impulso al finalizar la segunda guerra para adquirir sus características actuales las que, sintéticamente son:

- 1) *Universalidad*: Se incluyen en los planes de estudio las disciplinas tradicionales y las no tradicionales.
- 2) *Libre acceso*: Su ámbito no está reservado a una clase social. Sus únicos requisitos para el ingreso son la idoneidad y capacidad personales, sin distinción de sexo, raza, condición social, religión ni ideología.
- 3) *Autonomía*: No se ve afectada por los vaivenes de la política. Su único objetivo es el acrecentamiento del conocimiento científico.

La Medicina participa de estas transformaciones pues, siendo su objeto la persona como "ser en el mundo", el hombre no es solamente objeto de estudio, sino sujeto activo de los cambios.

La Medicina Legal, en su papel integrador conjuga el saber médico con otros conocimientos para poder así, resolver situaciones complejas que, ni la Medicina aislada, ni las otras Ciencias, por sí mismas, podrían hacerlo. En este sentido la Medicina Legal toma elementos, fundamentalmente, del Derecho y de otras Ciencias —naturales, humanistas y exactas— y hace comprensibles aspectos biológicos, que de otra forma, no podrían interpretarse cuando las cuestiones de orden médico se debaten en el ámbito de la justicia.

Algunas escuelas de medicina no le asignan a esta especialidad la importancia que debería tener en los planes de estudio. Creemos que a la luz de la situación actual, es un error, porque día a día vemos cómo los médicos se ven cada vez más inmersos en problemas médico-legales. En este punto cabe recordar lo que en 1925 decía el profesor Nerio Rojas en su artículo "Los títulos oficiales de médicos legistas" y que hoy, tiene plena vigencia, extractando lo siguiente: "...entre nosotros no existe todavía el verdadero ambiente médico-legal. Los pocos que nos dedicamos a este estudio lo hacemos por vocación

desinteresada pues no encontramos con ella los alicientes morales, científicos y económicos de las otras especialidades médicas. Esta es la verdad desgraciadamente. Este hecho es ya evidente desde la Facultad donde es fácil ver que los estudiantes tienen poco interés por la materia. En el ambiente profesional persiste la misma situación: es excepcional el médico que hace de la Medicina Legal una especialización exclusiva. En Medicina la especialización es una tendencia general y ella es respetada por el público y por los colegas pero ni éstos ni aquél respetan a la Medicina Legal como una especialización de tal manera que ella es todavía entre nosotros como un terreno baldío sin cerco ni dueño por donde todos pueden pasar...”.

Pensamos que debería enfatizarse la enseñanza de la Medicina Legal puesto que los colegas que se van incorporando a la profesión, muy pronto, deberán resolver situaciones conflictivas, siendo las más frecuentes, la extensión de certificados, la concurrencia a las citaciones policiales y judiciales, y, la denuncia de delitos. Sin perjuicio de ello lo más preocupante es el notorio incremento de los juicios sobre responsabilidad profesional, muchos de los cuales podrían evitarse, en parte, con un adecuado encuadre de la actividad médica dentro de las normas legales y éticas. Todo lo atinente a la responsabilidad profesional es el resultado de la interacción en una compleja trama de cuestiones médicas y extramédicas. Queda fuera de nuestro objetivo el dar una respuesta integral a este acuciante problema. Este manual solo tiene la pretensión de aportar los elementos básicos e imprescindibles de esta disciplina, así como, llevar al conocimiento de los estudiantes de medicina las normas y disposiciones legales en las que debe encuadrarse su accionar profesional, y que ningún médico debe desconocer, sea cual fuera la especialidad que haya elegido.

2. MEDICINA LEGAL: DEFINICIÓN

Se entiende por *ciencia* al esfuerzo que se realiza para conocer las cosas por sus causas y principios. Según Kant, *ciencia* es “toda doctrina que se construye en un sistema de conocimientos ordenados, según sus principios”. Ortega y Gasset dice que la *ciencia* “es un ideal que se encuentra en constante revisión por el quehacer dinámico que su naturaleza genera e impulsa”. Desde este punto, o sea el filosófico, toda *ciencia* debe tener un objeto de conocimiento, sus ideas deben estar vinculadas en un sistema orgánico y sus postulados deben ser universales.

Desde otro punto de vista las *ciencias* en general pueden ser:

- *Ciencias del ser*: Por ejemplo Medicina, o
- *Ciencias del deber ser*: Por ejemplo Derecho.

La **Medicina** integra el conjunto de conocimientos de las ciencias biológicas, tiene como objeto el hombre y puede definirse como el “conjunto de conocimientos con postulados universales integrados en un sistema orgánico destinados a prevenir las enfermedades y a la recuperación de la salud de las personas”. Sin desconocer su raíz y orígenes en la Biología, la Medicina se vincula con las Ciencias del Deber Ser ingresando por ello en el campo Social ya que el hombre es un ser *biopsicosocial*.

El **Derecho**, es un sistema o conjunto de principios, preceptos y reglas a las que están sometidas las relaciones humanas en toda sociedad civil, derivando las normas legales del poder social para así poder organizar la comunidad en orden al bien común.

La Biología y el Derecho se hallan en mutua relación e interdependencia siendo su punto de contacto la **Medicina Legal**. Entendemos que esta especialidad tiende puentes entre la medicina, el derecho, la sociología, la justicia y la moral, moviéndose a un lado y a otro, para unir, conciliar y fortalecer valores que son complementarios, muchas veces coincidentes. Nerio Rojas definió a la especialidad como *"La aplicación de los conocimientos médicos a los problemas judiciales"*.

La finalidad de la Medicina Legal es aportar juicios esclarecedores para la administración de justicia. Es de utilidad para el médico que debe saber cómo enmarcar su actividad profesional dentro de los límites del contexto legal vigente, tanto en la práctica común y corriente como en situaciones que exigen su intervención y resolución sin dilaciones. Es innegable que, muchas veces, el accionar del médico tiene repercusión social, por lo que ineludiblemente debe conocer en forma clara y precisa los fundamentos legales de su actividad profesional.

A partir de nuestra práctica forense y docente proponemos la siguiente definición de la Medicina Legal que, sin pretender ser abarcativa, condensa el sentido y objetivo de la especialidad: *"Es la disciplina o especialidad médica que encuadrada en las normas jurídicas vigentes, con métodos, técnicas y procedimientos específicos, trata de dar respuesta a las cuestiones de naturaleza médica que se plantean en el ámbito del Derecho"*.

Todo el saber médico legal se desarrolla, evoluciona y se perfecciona en una trama médico-jurídica demostrándose así la necesidad del aporte de la Biología a la luz del Derecho para poder responder a cuestiones que se suscitan en ámbitos ajenos a la medicina.

La Medicina Legal, como lo dijimos antes, es una disciplina Médica. No es una rama del Derecho porque quien la ejerce debe ser médico. Tampoco es Medicina Asistencial porque no previene ni cura, sino que expone, analiza, ilustra y asesora al lego sobre cuestiones médicas con lenguaje claro y comprensible.

3. CONTENIDO DE LA MEDICINA LEGAL

La especialidad tiene diversas denominaciones. Entre los autores latinos es común hablar de *Medicina Legal* mientras que los sajones prefieren denominarla *Medicina Forense*. Paré (1575) la llamó *Medicina Legal y Forense*; Zacchia (1620), *Cuestiones Médicolegales*; Albert (1725), *Jurisprudencia Médica*; Brunelle (1807) y Simonin (1947), *Medicina Legal Judicial*; Gisbert Calabuig (1967), *Medicina Legal y Toxicología*; y Rojas y Bonnet, entre nosotros: *Medicina Legal*.

Sea cual fuere la denominación que se utilice, el objeto es asesorar sobre cuestiones médicas en el ámbito extramédico. Dada la amplitud y diversidad de temas de este campo, para su mejor estudio y con fines prácticos hemos dividido los contenidos que integran el *saber médicolegal* en la siguiente forma:

I. Deontología Médica

Es el estudio de los deberes y obligaciones de los médicos. La palabra deontología deriva de dos vocablos griegos: "deon" y "logos" que significan *deber* y *tratado o estudio*, respectivamente.

Bajo la denominación "diceología médica" se estudian los *derechos* de los médicos, terminología que también deriva del vocablo griego "diceos" que significa *derecho*. Específicamente la cuestión de los *Derechos de los médicos* se halla tratada en el Código de Ética Médica, Capítulo XVIII: *De la diceología o derechos del médico* (arts. 120 a 125).

La práctica y los diversos autores hacen que se estudien bajo la denominación de *Deontología Médica* a los deberes y derechos de los médicos, sin hacer la diferencia entre aquéllos y éstos.

A esta rama de la Medicina Legal también se la conoce como *Derecho Médico* o *Jurisprudencia Médica*, incluyéndose las siguientes cuestiones:

- a) *Deberes, obligaciones y derechos de los médicos vinculados con las leyes:*
 - Ejercicio de la medicina;
 - Responsabilidad médica;
 - Secreto médico;
 - Documentación médica;
 - Honorarios médicos;
 - Labor médico-legal o tarea pericial.

- b) *Deberes, obligaciones y derechos de los médicos vinculados a la ética:*

Es el estudio de la conducta médica en todos los ámbitos: asistencial, de investigación, docente, de asesoramiento y pericial, a la luz de los postulados de la *Bioética*.

II. Patología Forense

En esta parte se estudian las cuestiones relativas a *lesiones* y *muerte*, y, comprende:

a) *Tanatología*: incluye la definición de muerte, fenómenos cadavéricos, data de la muerte, autopsia, conservación de cadáveres y legislación. También se estudian las diferentes modalidades de la muerte como la muerte violenta, la muerte súbita infantil y del adulto y, la muerte del feto y del recién nacido.

b) *La Asfixiología*: es la muerte por interrupción del intercambio respiratorio. Desde la perspectiva médico-legal es un tema tanatológico pero que, por su importancia, dada su frecuencia y connotaciones diversas, se estudia como un tema con características propias.

c) *Lesionología médico legal*: Se ocupa de las lesiones en el aspecto jurídico, etiopatogénico, morfológico y evolutivo.

III. Criminalística Médico Legal

técnicas destinados a la identificación de las personas, cadáveres y restos humanos.

IV. Sexología Medicolegal

Comprende las cuestiones médico-legales vinculadas al sexo.

V. Tocoginecología Médico Legal o Forense

Comprende el estudio de las cuestiones relativas al embarazo, parto, nacimiento, aborto y fecundación asistida.

VI. Psiquiatría Médicolegal o Psiquiatría Forense

Comprende el estudio de las cuestiones que surgen de la interacción entre los "trastornos mentales" y el derecho y comprende:

- a) *Aspectos civiles:*
 - Internación de enfermos mentales;
 - Capacidad civil;
 - Juicio de Insania;
 - Juicio de inhabilitación.
- b) *Aspectos penales:*
 - Imputabilidad e inimputabilidad;
 - La emoción violenta;
 - El aporte de la Criminología;
 - El aspecto médico-legal de las toxicomanías.

VII. Medicina Legal Social

Desde nuestra perspectiva, incluimos en esta parte de la especialidad, el estudio de las cuestiones que trascienden lo estrictamente médico para transformarse en temas que deben abordarse desde las vertientes médica y social:

- a) Aspectos médico-legales del S.I.D.A.;
- b) Violencia familiar;
- c) Ablación e implantación de órganos y materiales anatómicos;
- d) Medicina Legal del Trabajo; y
- e) El médico ante las emergencias y catástrofes.

4. LAS NORMAS JURÍDICAS. LA ORGANIZACIÓN DE LA JUSTICIA NACIONAL

a) El ordenamiento jurídico

El conocimiento de algunos términos jurídicos es necesario para la compren-

sión de la materia ya que la misma se halla enmarcada en el ordenamiento legal que regula la vida en la sociedad. A esos términos, por otra parte, haremos referencia frecuentemente en el desarrollo de los temas específicos:

Derecho: Es el conjunto de normas que regulan la vida en sociedad estableciendo sanciones aplicables a quienes incurrir en conductas tipificadas consideradas reprochables social y jurídicamente.

Fuero: Son las ramas o instancias del derecho por ejemplo fuero civil, penal, laboral, etc. También reciben esta denominación los diferentes tribunales según su competencia territorial y de fondo.

Código: Conjunto de disposiciones referidas a una rama del derecho, por ej., Código Civil, Código Penal, etc. Los códigos pueden ser clasificados según su ámbito de aplicación en códigos de "Fondo" y códigos de "Forma". Los primeros son nacionales y se aplican en todo el territorio nacional —ej. Código Civil, Código Penal— mientras que los de "forma" son propios de cada lugar (ciudad de Buenos Aires y provincias) conociéndose como códigos de procedimientos en lo civil, criminal, etc.

Ley: Disposición legal concerniente a un aspecto específico. En Medicina Legal son importantes la ley del ejercicio de la medicina, la ley de lucha contra el S.I.D.A., entre otras.

Decreto reglamentario: Disposición dictada por el Poder Ejecutivo que aclara y da normas sobre determinados puntos de las leyes, por ejemplo, decreto reglamentario de la ley de lucha contra el S.I.D.A., decreto reglamentario de la ley del ejercicio de la medicina, etc.

Jurisprudencia: Es el conjunto de sentencias sobre determinado tema del derecho.

Sentencia: Es la norma individualizada, dictada por un tribunal determinado.

b) Organización de la Justicia Nacional

El Poder Judicial de la Nación es ejercido por la Corte Suprema de Justicia, los Tribunales Nacionales de la Capital Federal, los Tribunales Nacionales Federales con asiento en las provincias y la Cámara Electoral con jurisdicción en todo el territorio nacional.

Se habla de órganos jurisdiccionales a aquellos que "dicen la justicia" dividiéndose según su competencia territorial y de fondo (Civil, Comercial, Penal, etc.) constituyéndose así los diferentes fueros.

El juzgamiento reconoce tres instancias: primera instancia, cámaras de apelaciones y Corte Suprema de Justicia. En el fuero penal la tercera instancia es la Casación quedando, eventualmente y para algunos autores, el recurso extraordinario ante la Corte Suprema.

El siguiente es el esquema de la Organización de la Justicia Nacional de acuerdo a los decretos 1285/58, 628/77 y ley N° 24.050 del año 1992:

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN					
Cámara de Casación Penal					
Tribunal Oral Criminal	Tribunal Oral Penal Económico	Tribunal Oral de Menores	Tribunal Oral Criminal Federal		
Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional	Cámara Nacional de Apelaciones en lo Penal Económico	—	Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal		
Juzgados Nacionales de 1ª instancia en lo Criminal de Instrucción y Correccionales	Juzgados Nacionales de 1ª instancia en lo Penal Económico	Juzgados Nacionales de 1ª instancia de Menores	Juzgados Nacionales de 1ª instancia Criminal y Correccional Federal	Juzgados de Ejecución Penal	Juzgados de 1ª instancia en lo Penal de Rogatorias

...

...

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN					
Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal	Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil	Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial.	Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo	Cámara Nacional Electoral	Cámara Nacional de Apelaciones Federal de la Seguridad Social
Juzgados Nacionales de 1ª instancia en lo Contencioso Administrativo Federal	Juzgados Nacionales de 1ª instancia en lo Civil	Juzgados Nacionales de 1ª instancia Comerciales	Juzgados Nacionales de 1ª instancia del Trabajo	Juzgado Nacional de 1ª instancia Electoral	—

LIBRO II

**EJERCICIO LEGAL E ILEGAL
DE LA MEDICINA**

Celminia Guzmán

EJERCICIO DE LA MEDICINA

El ejercicio o práctica de la medicina puede revestir dos formas: *legal* o *ilegal*. El primero es la actividad encuadrada dentro de las normas legales mientras que lo otro es una actividad delictual prevista en el Código Penal. Se estudiará en primer término el ejercicio legal y luego el ilegal.

Capítulo 1 — EJERCICIO LEGAL DE LA MEDICINA

1. Trámites previos al ejercicio de la Medicina

Previo al ejercicio efectivo hay una serie de trámites que se inician con la obtención del título y culminan con la matriculación.

Una vez finalizados los estudios, se debe gestionar en la escuela respectiva la obtención del título. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, previa la realización de trámites administrativos correspondientes, la entrega del título se hace en ceremonia pública en la que se presta el Juramento.

El *Juramento* es un acto por el cual el nuevo profesional se compromete a comportarse acorde a principios éticos en cuanto al paciente, los colegas y la sociedad en su conjunto.

Existen diversas formas en que se puede prestar el juramento cuyo origen se remonta al *Juramento Hipocrático* que transcribimos:

"Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higeia y Panacea, por todos los dioses y diosas a cuyo testimonio apelo que yo, con todas mis fuerzas, y con pleno conocimiento, cumpliré enteramente mi juramento; que respetaré a mi maestro, en este arte como a mis progenitores, que partiré con él, el sustento y que le daré todo aquello de que tuviese necesidad; que consideraré a sus descendientes como a mis hermanos corporales y que, a mi vez, les enseñaré sin compensación y sin condiciones este arte; que dejaré participar en las doctrinas e instrucciones de toda la disciplina, en primer lugar a mis hijos, luego a los hijos de mi maestro y luego a aquellos que con escrituras y juramentos se declaren escolares míos, y a ninguno más fuera de éstos. Por lo que respecta a la curación de los enfermos, ordenaré la dieta, según mi mejor juicio y mantendré alejado de ellos todo daño y todo inconveniente. No me dejaré inducir por las súplicas de nadie, sea quien fuere, a propinar un veneno o a dar mi consejo en semejante contingencia. No introduciré a ninguna mujer una prótesis en la vagina, para impedir la concepción o el desarrollo del niño. Consideraré santos mi vida y mi

arte, no practicaré la operación de la piedra y cuando entre en una casa, entraré solamente para el bien de los enfermos y me abstendré de toda acción injusta y no me mancharé por voluptuosidad con contactos de mujeres o de hombres, de libertos o esclavos. Todo lo que habré visto u oído, durante la cura o fuera de ella, en la vida común, lo callaré y conservaré siempre como secreto, si no me es permitido decirlo. Si mantengo perfecta e intacta la fe a este juramento, que me sea concedida una vida afortunada y la futura felicidad en el ejercicio del arte de modo que mi fama sea alabada en todos los tiempos; pero si faltara al juramento o hubiere jurado en falso, que ocurra lo contrario".

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires adoptó desde el año 1958 la denominada Fórmula de Ginebra que dice así:

"El acto de juramento que vais a realizar y mediante el cual se os admite como miembro de la profesión médica, constituye una invocación a Dios o a aquello que cada cual considere como más alto y sagrado en su fuero moral, como testimonio del compromiso que contraéis para siempre jamás.

"En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica os comprometéis solemnemente a consagrar vuestra vida al servicio de la humanidad y juráis:

"Conservar a vuestros maestros el respeto y reconocimiento a que son acreedores.

"Desempeñar vuestro arte con conciencia y dignidad.

"Hacer de la salud y de la vida de vuestro enfermo la primera de vuestras preocupaciones.

"Respetar el secreto de quien se os haya confiado a vuestro cuidado.

"Mantener en la máxima medida de vuestro medio el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica..

"Considerar a los colegas como a hermanos.

"No permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase.

"Tener absoluto respeto por la vida humana desde el instante de su concepción.

"No utilizar ni aun bajo amenaza los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad."

Una vez obtenido el título, previa legalización en el Ministerio de Educación, se debe concurrir al Ministerio de Salud y Acción Social —Dirección de Asuntos Profesionales—, con el objeto de obtener la *matriculación* que *"es la inscripción obligatoria en el Registro Oficial del Ministerio de Salud y Acción Social mediante el cual se habilita al profesional para ejercer la profesión en el marco de las disposiciones legales vigentes"*.

Esta autorización con validez nacional la otorga el Ministerio de Salud y Acción Social, mientras que en las jurisdicciones provinciales se obtiene a través de los Colegios Médicos respectivos.

2. El ejercicio profesional

Las características especiales del ejercicio de la medicina que según la definición de la O.M.S. consiste en "la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación", surgen del *objeto* y del *fin propuesto* que son el hombre y la salud, respectivamente.

Actualmente la actuación *individual personal y privada* se transformó, en la gran mayoría de casos, en *ejercicio del grupo médico* en el que varios son los profesionales que actúan conjuntamente, aun cuando sea uno de ellos el que dirige la acción o prestación.

Se dice que la *actividad médica* es una:
función profesional
ejecutada por alguien capacitado
con título otorgado y habilitado legalmente
y que tiene por objeto
la salud psicofísica del hombre.

Esta *actividad médica* puede a su vez ser:

- 1) *Directa*: ejercida por uno o varios médicos;
- 2) *Indirecta*: sobre la comunidad;
- 3) *De investigación*;
- 4) *Pericial*;
- 5) *De asesoramiento público o privado* y
- 6) *Docente*.

3. Análisis de la ley 17.132

El nuestro país el ejercicio de la medicina se encuentra regulado por la ley 17.132 del año 1967, su decreto reglamentario (6.216/67), las leyes modificatorias N°s 23.277 del año 1985 y 23.873 del año 1990; el decreto 1.424/97 y las Resoluciones del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación N°s 432/97 y 498/99.

Estudiaremos estas disposiciones en forma conjunta sirviéndonos como eje del análisis la ley 17.132, compuesta a su vez por 144 artículos divididos en 10 Títulos.

a) *Ejercicio de la medicina: definición*

Según la ley (art. 2) se considera *Ejercicio de la Medicina*: "*anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud y el asesoramiento público o privado y a las pericias que realicen los profesionales contemplados en el artículo 13 de esta ley*".

b) *Matrícula (art. 5)*

Las personas comprendidas en la ley deberán inscribir sus títulos o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud y Acción Social el que autorizará el ejercicio profesional otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Como ya vimos, la *matriculación* es el acto por el cual la *autoridad sanitaria* respectiva otorga la *autorización para el ejercicio profesional*. La matrícula puede ser suspendida en virtud de *sentencia judicial firme* o de acuerdo a lo establecido en el *Título VIII* de la misma ley que dice: "... teniendo en cuenta la gravedad y/o reiteración de las infracciones podrá suspender la matrícula..."

Por otra parte, es de destacar que con el objeto de desregular las matrículas profesionales el Poder Ejecutivo Nacional en el año 1992 dictó el decreto N° 2.293 por el que se dispone que "que todo profesional universitario que posea un título con validez nacional podrá ejercer su actividad u oficio en todo el territorio de la República sin otro requisito que el matricularse en el colegio, asociación o registro que corresponda a su domicilio real".

c) Inhabilitación

El Ministerio de Salud y Acción Social puede inhabilitar para el ejercicio de la medicina a las personas con enfermedades invalidantes mientras duren éstas.

Se formará una junta médica con tres miembros: uno por el Ministerio de Salud, otro por la Facultad de Medicina y un tercero por el interesado. La decisión es por simple mayoría de votos.

d) Autorización para el ejercicio de la medicina

La ley autoriza el ejercicio de la medicina a los *Médicos, Médicos Cirujanos o Doctores en Medicina* que reúnan los siguientes requisitos:

"a) los que tengan título válido otorgado por Universidad Nacional o Privada y habilitada por el Estado Nacional;

"b) los que tengan título otorgado por universidad extranjera y lo hayan revalidado;

"c) los que tengan título otorgado por una Universidad extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por Universidades Nacionales. Los Tratados internacionales en vigor son: el *Tratado de Derecho Civil de Montevideo de 1889* y el *Convenio de Derecho Internacional Privado de Montevideo de 1940*, que se tratan en el apartado referido a 'reválidas';

"d) los profesionales de prestigio internacional reconocido que estuvieren de tránsito en el país y fueran requeridos en consulta sobre asuntos de su exclusiva especialidad. La autorización es válida por 6 meses y podrá ser prorrogada como máximo a un año. Esta autorización podrá ser concedida nuevamente luego de haber pasado 5 años. Esta autorización es sólo para la consulta requerida por instituciones sanitarias científicas o profesionales reconocidos;

"e) los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con finalidades de investigación, asesoramiento, docencia y/o para evacuar consultas de dichas instituciones durante la vigencia de su contrato y en los límites que se reglamenten, no pudiendo ejercer la profesión privadamente.

"f) los profesionales no domiciliados en el país llamados en consulta asistencial deberán serlo por un profesional matriculado y limitarán su actividad al caso para el cual han sido especialmente requeridos.

"g) los profesionales extranjeros refugiados en el país que fueron habilitados en virtud del decreto 6216/44 (ley 12.912) siempre que acrediten el ejercicio profesional y se encuentren domiciliados en el país desde su ingreso".

e) Certificados

En el artículo 17 se establece que quienes ejercen la medicina podrán certifi-

car las comprobaciones y/o constataciones que efectúen en el ejercicio de su profesión, con referencia a estados de salud o enfermedad, a administración, prescripción, indicación, aplicación o control de los procedimientos a que se hace referencia en el artículo 2, precisando la identidad del titular, debiendo ser fechadas y firmadas por el médico en formularios que lleven impresos su nombre y apellido, profesión, número de matrícula y domicilio.

f) Obligaciones de los médicos

Constituyen obligaciones de los médicos las establecidas en el artículo 19 y son:

1. prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias en casos de epidemias, desastres u otras emergencias;
2. asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente;
3. respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa o *tratarse o internarse* salvo en casos de inconciencia, alienación, lesionados graves por casos de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones *mutilantes* se solicitará la conformidad por escrito del paciente salvo inconciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad se solicitará la conformidad al representante del incapaz;
4. no llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo salvo autorización judicial;
5. promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta signifiquen peligro para sí mismos o para terceros;
6. *Ajustarse a las disposiciones legales en cuanto a la prescripción de alcaloides;*
7. prescribir o certificar en formularios que deberán llevar impresos en castellano nombre, profesión, matrícula, domicilio y teléfono y manuscritos. Solamente se permiten formularios para prescripciones dietéticas o indicación de procedimientos terapéuticos.
8. *Extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia debiendo expresar los datos de identificación y la causa de la muerte.*
9. fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y que éstos actúen dentro de los límites de su autorización, *siendo solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos resultare un daño para terceros.*

g) Prohibiciones de los médicos

Están contempladas en el artículo 20 y son:

- anunciar o promover la curación fijando plazos
- anunciar o promover la conservación de la salud
- prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos

- *anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las facultades de ciencias médicas reconocidas en el país*
- *anunciar agentes terapéuticos con efectos infalibles*
- *anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva*
- *aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos en el país*
- *practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta no autorizados por la autoridad sanitaria*
- *anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la autoridad sanitaria*
- *anunciarse como especialista no estando registrado como tal*
- *expedir certificaciones por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o cualquier producto o agente terapéutico de diagnóstico o profiláctico o dietético*
- *publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño*
- *realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en medicina*
- *publicar cartas de agradecimientos de pacientes*
- *vender cualquier clase de medicamentos*
- *usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los señalados en las facultades de medicina reconocidas*
- *ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas*
- *practicar la intervención que provoque esterilización sin indicación terapéutica determinada*
- *inducir a los pacientes a proveerse en determinada farmacia, óptica u ortopedia*
- *participar honorarios*
- *obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que elaboren, distribuyen o comercien o expendan medicamentos, cosméticos, prod. dietéticos y prótesis.*
- *delegar en su personal auxiliar facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión*
- *actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración con la medicina, u odontología*
- *asociarse con farmacéuticos, ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéutico o instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma*
- *ejercer simultáneamente su profesión y ser director técnico o asociado a un laboratorio de análisis clínicos*

h) Especialidad. Especialistas. Especialidades. Especialidades reconocidas. Acreditación. Certificación y recertificación profesional.

46 | Se denomina *especialidad* a la rama de una ciencia, arte o actividad cuyo objeto es una parte limitada de las mismas correspondiendo la denominación

de *especialidad médica* a la parte de las ciencias médicas que se ocupan de un tema específico. Existen las especialidades *básicas* y especialidades *dependientes* siendo las primeras las que versan sobre algunas de las grandes áreas del conocimiento y resolución de problemas universalmente reconocidas para cada profesión, mientras que son especialidades *dependientes* las que requieren indispensablemente la formación y capacitación previa en alguna especialidad básica.

Especialistas son aquellos profesionales que cultivan una rama del arte médico poseyendo saberes y habilidades específicos y muy precisos.

La resolución N° 498/99 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (15-7-99) fué dictada con el propósito de "alcanzar homogeneidad, coherencia y consistencia en los distintos procesos de certificación y recertificación existentes. Establece como marco normativo, el *Programa nacional de garantía de la calidad de la atención médica*, iniciado en 1992 y de aplicación obligatoria en todo el país desde el año 1997. Por esa misma resolución, se crean los *registros nacionales*, por los cuales el Ministerio llevará un registro actualizado de las especialidades reconocidas, otro de las entidades habilitadas para certificar y recertificar y un tercero con los profesionales certificados y recertificados.

El artículo 21 de la ley 17.132 trata el tema de los especialistas. El mismo fue modificado en el año 1990 a través de la ley N° 23.873, estableciéndose normas regulatorias para obtener la autorización para anunciarse como especialista (*certificación*) y los plazos para la *recertificación*:

Art. 21: para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

a) Poseer *certificación* otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como *mínimo* acreditación de 5 años de egresado y 3 de antigüedad de ejercicio en la especialidad, valoración de títulos, antecedentes y trabajos y examen de competencia.

(*Comentario*: esta norma prevé la conformación de comisiones de evaluación por parte del Ministerio de Salud y Acción Social.)

b) Poseer de título de *especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado*;

c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad.

(*Comentario*: se exige la parte de la designación por concurso, el mantenimiento de la actividad.)

d) Poseer *certificación* otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias.

(*Comentario*: no es necesario que sea un "colegio" o "sociedad" sino que puede ser cualquier "entidad" delegando en la reglamentación las exigencias a cumplirse.)

e) Poseer certificado de aprobación de *residencia* profesional completo, no menor de tres años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

(*Comentario*: la reforma reduce el tiempo mínimo de cinco a tres años para obtener la autorización.)

La autorización oficial tendrá una duración de cinco años y podrá ser revalidada cada cinco años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

El Ministerio de S. y A. Social a través del organismo competente llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente.

(Comentario: la ley establece que la autorización oficial tendrá una duración de cinco años pudiendo ser revalidada una vez concluido dicho plazo.)

Esta norma legal tiende a garantizar un grado de calidad adecuado en cada especialidad porque los profesionales deberán, para ello demostrar o sea *acreditar* que están en un proceso de educación y capacitación continua. Aquellos especialistas que no pudieren demostrar que están actualizados no serán autorizados a anunciarse como tales. De este modo, la *recertificación* se ha convertido en un proceso de evaluación permanente de las capacidades adquiridas para el ejercicio profesional, su mantenimiento y acrecentamiento, con las características de realizarse entre pares.

De acuerdo al decreto 1424/97 y a la resolución ministerial N° 498/99, la *certificación* y la *recertificación* profesionales son de cumplimiento obligatorio para anunciarse como *especialista* de acuerdo a los términos de la ley 17.132. Su cumplimiento es obligatorio por parte de los establecimientos nacionales de salud, el Sistema Nacional del Seguro de Salud, el Sistema Nacional de Obras Sociales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de autogestión, los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que se adhieran al mismo y las entidades del Sector Privado que también adhieran. Tiene como objetivos primordiales normatizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario con el fin de asegurar la calidad de los servicios y de las prestaciones que se brindan a la población.

La *certificación* "es el resultado de un acto por el cual una entidad competente, aplicando criterios preestablecidos, asegura a través de un proceso de evaluación transparente, que un profesional debidamente matriculado posee conocimientos, hábitos, habilidades, destrezas y actitudes propias de una especialidad o actividad reconocidas, además de adecuadas condiciones éticas y morales".

La *recertificación* "es el resultado de un acto por el que una entidad competente y aplicando criterios preestablecidos asegura a través de un proceso de evaluación transparente que un profesional de la salud debidamente matriculado y previamente *certificado* mantiene actualizados sus conocimientos y habilidades y ha desarrollado sus actitudes dentro del marco ético adecuado, de forma acorde con el progreso del saber y del hacer propio de la especialidad o actividad que ha desarrollado en un período determinado".

Se *acreditará* competencia profesional de los aspirantes a la *certificación* y/o *recertificación* como mínimo por medio de:

- a) la valoración de títulos antecedentes y trabajos;
- b) declaración jurada de las actividades realizadas en un período previo,

determinado para cada especialidad por la propia entidad y no menor de tres años. Dicha declaración jurada deberá ser certificada por las autoridades del establecimiento donde se prestan servicios;

c) nota de presentación de al menos dos profesionales certificados y/o recertificados en la especialidad que avalen las condiciones éticas y morales del candidato;

d) examen teórico práctico para la certificación profesional, que se enmarca dentro de los lineamientos generales establecidos por el programa y respeten los principios de la ética biomédica;

d) para la recertificación, comprobación fehaciente de la actualidad de los conocimientos;

f) eventual entrevista personal.

La certificación es automática para los profesores universitarios en ejercicio de la profesión de las siguientes categorías:

- Profesor titular
- Profesor asociado
- Profesor adjunto.

Resulta importante destacar que la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 498/99 que comentamos y que, como vimos, regula el proceso de *Certificación y Recertificación Profesionales*, fue dictada el 15 de julio de 1999. La entrada en vigencia efectiva a los 90 días de la fecha indicada, fue postergada por la resolución N° 768/99 del mismo Ministerio (Boletín Oficial N° 29.242 del 1-10-99), a raíz de que dicha Resolución fue observada por diversas entidades del quehacer profesional.

A continuación se transcribe la nómina de especialidades médicas reconocidas por la *Dirección de Control del Ejercicio Profesional y de Establecimientos Sanitarios* del Ministerio de Salud y Asistencia Social y que está en vigencia, hasta que se establezca el listado definitivo (Resolución N° 498/99 punto II: 3.1 y 3.2):

1. Alergia
2. Alergia e Inmunopatología
3. Anatomía Patológica (Patología)
4. Anestesiología
5. Angiología y Hemodinamia
6. Bacteriología
7. Cardiología
8. Cirugía Cardiovascular
9. Cirugía de Cabeza y Reparadora
10. Cirugía General
11. Cirugía Plástica y Reparadora
12. Cirugía Torácica
13. Cirugía Vascular Periférica
14. Clínica Médica (Medicina Interna)
15. Dermatología
16. Dermatosifilografía
17. Diagnóstico por imágenes
18. Endocrinología
19. Endoscopía digestiva
20. Enfermedades infecciosas (Infectología)

21. Epidemiología
22. Farmacología
23. Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación)
24. Gastroenterología
25. Genética Médica
26. Geriatria
27. Ginecología
28. Hematología
29. Hemoterapia
30. Hemoterapia e Inmunohematología
31. Higiene Industrial
32. Higiene y Medicina Preventiva
33. Inmunología
34. Leprología
35. Mastología
36. Medicina Aeronáutica y Espacial
37. Medicina del Deporte
38. Medicina del Trabajo
39. Medicina Legal
40. Medicina Nuclear
41. Medicina Sanitaria (Salud Pública)
42. Nefrología
43. Neumología
44. Neurocirugía
45. Nutrición
47. *Obstetricia*
48. Oftalmología
49. Oncología (Clínica)
50. Ortopedia y Traumatología
51. otorrinolaringología
52. Proctología
53. Psicología Médica (Clínica)
54. Psiquiatría
55. Quemados
56. Radiología (Radiodiagnóstico)
57. Reumatología
58. Radioterapia (Terapia Radiante)
59. Tisiología
60. Tisioneumonología
61. Toxicología
62. Urología
63. Terapia Intensiva
64. Cardiología Infantil
65. Cirugía Infantil
66. Clínica Pediátrica (Pediatria)
67. Neurología infantil
68. Neonatología
69. Psiquiatría Infantil

l) Los practicantes (Art. 41)

Según la ley se considera practicante al estudiante de medicina que habiendo aprobado las materias básicas realice actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales oficiales o privadas.

Su actividad es de aprendizaje y *no de colaboración* debiendo actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los profesionales designados para su enseñanza.

j) Reválida. Tratados

La *reválida* —situación contemplada en el inciso b), artículo 13 de la ley 17.132— es el acto por el cual una Universidad Nacional a través de Facultad de Medicina respectiva, acredita el título de médico otorgado en una universidad extranjera, para lo cual el postulante deberá previamente cumplimentar los trámites administrativos que las autoridades universitarias dispongan, demostrar conocimiento del idioma español y dar examen de las asignaturas que a juicio de cada Facultad corresponda, para completar el plan de estudios de la carrera.

El inciso c) del artículo 13 de la ley también se establece que: pueden ejercer la medicina los que tengan título otorgado por una Universidad extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por Universidades Nacionales.

En este sentido corresponde señalar que entre los años 1880 y 1889 Argentina, Bolivia, Paraguay, Perú, Uruguay y Colombia firmaron el *Tratado de Montevideo*, por el cual los nacionales o extranjeros que hayan desarrollado regularmente las materias de la carrera médica en algunas de las casas de estudio de los países signatarios se hallan capacitados para ejercer en cualquiera de ellos.

Posteriormente en 1940 se realizó en Montevideo un nuevo Congreso de Derecho Internacional Privado complementándose el tratado anterior y la autorización se hizo extensiva a la posibilidad de iniciar cursos en la universidad de un país signatario y concluirlos en otro, adhiriéndose en esta oportunidad, Ecuador.

Capítulo 2 — EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA

La práctica de la medicina que no se ajusta a la legislación vigente según sea no encuadrándose en la misma o infringiéndola, se considera práctica o *ejercicio ilegal*, sancionada por el Código Penal y por la misma ley del Ejercicio de la Medicina.

De acuerdo a la modalidad el *ejercicio ilegal* puede revestir diversas formas tal como se consigna en el siguiente cuadro:

Ejercicio Ilegal de la Medicina	{	1. Curanderismo
		2. Charlatanismo
		3. Cesión de título o prestación de nombre
		4. Usurpación de títulos y honores

1. Curanderismo

Es un delito de carácter doloso contemplado en el artículo 208, inciso 1) del Código Penal (C.P.) que dice:

"Será reprimido con prisión de 15 días a 1 año:

"1) el que, sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio, destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aún a título gratuito".

De la lectura de este inciso surgen las siguientes características de este delito, a saber:

1) Se sanciona a quien ejerza la medicina ya que incurre en delito el que "...anunciare, prescribiere, administrare o aplicare ... medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas ..."

2) El que lo hace *no es médico* ya que dice textualmente: "... el que, sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar", o sea que quien lo hace *no tiene título de médico* y tampoco *la autorización* que tendrían los profesionales que la ley 17.132 habilita en las condiciones del artículo 13 (ver ejercicio legal).

3) Incurren en este delito quienes tienen *título —no de médico—* y *se extralimitan* en la incumbencia del mismo ya que la ley sanciona a quien *se excediere* "los límites de su autorización". Tal es el caso de los odontólogos, bioquímicos, parteras, que realicen tareas que impliquen el ejercicio de la medicina.

4) Otra característica que el código especifica para que se configure el delito es la *habitualidad* de esta práctica ("... habitualmente"). Es decir que quien la efectúe debe tenerla como forma, modo o medio de vida.

5) La ley no hace distinciones si la actividad se hace a título gratuito o si se percibe una retribución siendo sancionable tanto se dé una u otra alternativa puesto que no resguarda el patrimonio de las víctimas sino la salud ya que tanto este delito como el charlatanismo y la cesión de título, en el Código Penal, están incluidos en el capítulo de los "*delitos contra la salud pública*".

2. Charlatanismo

Es la conducta prevista y sancionada en el inciso 2) del artículo 208 (C.P.). Recibe la misma pena que en el curanderismo "el que con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles".

En este caso caben las siguientes consideraciones:

52 | 1) el autor posee título de médico;

2) se sanciona a quien promete la curación de enfermedades en las condiciones señaladas porque los médicos no están en condiciones de asegurar la curación de una enfermedad porque, en primer lugar, la medicina es una ciencia biológica no exacta y porque, además, la obligación no es la cura sino la aplicación de todos los medios acordes al tiempo, lugar y circunstancias (ver Responsabilidad Médica).

La ley del ejercicio de la medicina complementa esta disposición del Código. En efecto el artículo 20, dentro de las prohibiciones de los médicos, está: el anunciar o promover la curación fijando plazos (inciso 1); anunciar o prometer la conservación de la salud (inciso 2); prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos (inciso 3) y anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles (inciso 5).

3. Cesión de título o prestación de nombre

Esta conducta prevista en el inciso 3) del artículo 208 (C.P.) sanciona al "que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, prestare su nombre otro que no tuviere título o autorización, para que ejerza los actos a que se refiere el inciso 1) de este artículo".

Las características son las siguientes:

- 1) el autor es *médico* ("... con título o autorización");
- 2) prestación de su nombre en razón de su condición;
- 3) utilización de ese nombre por otro que no tiene título ni autorización para el ejercicio de la medicina.

Para que se configure el delito el *médico* debe permitir a *quien no es médico*, lo reemplace totalmente para aparentar o parecer que el que actúa es médico, cuando en realidad, no lo es.

4. Usurpación de títulos u honores

Esta es una figura jurídica contemplada en el artículo 247 del Código Penal e incluida en el Capítulo de *Delitos contra la Administración Pública* se sanciona con prisión de quince días a un año al que: "ejerciere los actos propios de una profesión para la que se requiere una habilitación especial, sin poseer el título o la autorización correspondiente" y con multa a quien "públicamente llevare insignias o distintivos de un cargo que no ejerciere o se arrogare grados académicos, títulos profesionales u honores que no le correspondieren".

Esta práctica, complementaria de las conductas sancionadas en el artículo 208 no es muy frecuente. Sin embargo en nuestro medio ha adquirido notoriedad, la conducta de ciertos personajes que, atribuyéndose su condición de "peritos", han actuado en casos de trascendencia pública, encuadrándose su accionar dentro de la tipificación de este delito.

LEY 17.132
NORMAS PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA,
ODONTOLOGÍA Y ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN

Sancionada y promulgada: 24/1/1967

Publicada: B.O. 31/1/1967

Título I
PARTE GENERAL

Art. 1º.— El ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas en la Capital Federal y Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, queda sujeto a las normas de la presente ley y las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten.

El control del ejercicio de dichas profesiones actividades y el gobierno de las matrículas respectivas se realizará por la Secretaría de Estado de Salud Pública en las condiciones que se establezcan en la correspondiente reglamentación.

Art. 2º.— A los efectos de la presente ley se considera ejercicio:

- a) De la medicina: Anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el art. 13.
- b) De la Odontología: Anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto destinado al diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades bucodentomaxilares de las personas y/o a la conservación, preservación o recuperación de la salud bucodental; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el art. 24.
- c) De las actividades de colaboración de la medicina u odontología: El de las personas que colaboren con los profesionales responsables en la asistencia y/o rehabilitación de personas enfermas o en la preservación o conservación de la salud de las sanas, dentro de los límites establecidos en la presente ley.

Art. 3º.— Toda las actividades relacionadas con la asistencia médico-social y con el cuidado de la higiene y estética de las personas, en cuanto puedan relacionarse con la salud de las mismas, estarán sometidas a la fiscalización de la Secretaría de Estado de Salud

Pública y sujetas a las normas de esta ley y sus reglamentaciones.

Art. 4º.— Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones que en la misma se reglamentan. Sin perjuicio de las penalidades impuestas por esta ley, los que actúen fuera de los límites en que deben ser desarrolladas sus actividades, serán denunciados por infracción al art. 208 del Código Penal.

Art. 5º.— [Derogado por la ley 19.740 (art. 12)].

Art. 6º.— La Secretaría de Estado de Salud Pública tiene facultades para controlar en todos los casos la seriedad y eficiencia de las prestaciones, pudiendo intervenir de oficio, por demanda o a petición de parte interesada. La resolución que se dicte en cada caso al respecto no causará instancia.

Art. 7º.— Los locales o establecimientos donde ejerzan las personas comprendidas en la presente ley, deberán estar previamente habilitados por la Secretaría de Estado de Salud Pública y sujetos a su fiscalización y control, la que podrá suspender la habilitación, y/o disponer su clausura cuando las condiciones higiénicas-sanitarias, la insuficiencia de elementos, condiciones técnicas y/o eficiencia de las prestaciones así lo hicieren pertinente.

En ellos deberá exhibirse el diploma o certificado habilitante con su correspondiente número de matrícula.

Cuando una persona ejerza en más de un local, deberá exhibir en uno su diploma o certificado y en el o los restantes la constancia de matriculación expedida por la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que deberá renovarse con cada cambio de domicilio.

En los locales o establecimientos mencionados debe figurar en lugar bien visible al público el nombre y apellido o apellido solamente del profesional y la profesión, sin abreviaturas, pudiendo agregarse únicamente títulos universitarios que consten en la Secretaría de Estado de Salud Pública, días y horas de consulta y especialidad a la que se dedique, conforme a lo establecido en los arts. 21 y 31.

Art. 8º.— La Secretaría de Estado de Salud Pública, a través de sus organismos competentes inhabilitará para el ejercicio de las profesiones y actividades auxiliares a las personas

con enfermedades invalidantes mientras duren éstas. La incapacidad será determinada por una Junta Médica, constituida por un médico designado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, quien presidirá la Junta, otro designado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y el restante podrá ser designado por el interesado. Las decisiones de la Junta Médica se tomarán por simple mayoría de votos.

La persona inhabilitada podrá solicitar su rehabilitación invocando la desaparición de las causales, debiendo dictaminar previamente una Junta Médica integrada en la forma prevista en el párrafo anterior.

Art. 9º.— [Derogado por ley 23.277 (art. 10)].

Art. 10.— Los anuncios o publicidad en relación con las profesiones y actividades reglamentadas por la presente ley, las personas que la ejerzan o los establecimientos en que se realicen, deberán ajustarse a lo que la reglamentación establezca para cada profesión o actividad auxiliar.

Todo lo que exceda de nombre, apellido, profesión, título, especialidades y cargos técnicos actuales, registrados y reconocidos por la Secretaría de Estado de Salud Pública; domicilio, teléfono, horas y días de consulta, debe ser previamente autorizado por la misma.

En ningún caso podrán anunciarse precios de consulta, ventajas económicas o gratuidad de servicios, exceptuándose a las entidades de bien público.

A los efectos de la presente ley entiéndese por publicidad la efectuada en chapas domiciliarias, carteles, circulares, avisos periodísticos, radiales, televisados o cualquier otro medio que sirva a tales fines.

Las direcciones o administraciones de guías, diarios, revistas, radios, canales de televisión y demás medios que sirvan a la publicidad de tales anuncios, que les den curso sin la autorización mencionada, serán también pasibles de las sanciones pecuniarias establecidas en el título VIII de la presente ley.

Art. 11.— Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal—, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitarlas o utilizarlas con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.

Art. 12.— Los profesionales médicos u odontólogos que a la fecha de la promulgación de la presente ley tengan el ejercicio privado

autorizado en virtud del inciso f) del art. 4º del dec. 6.216/44 (ley 12.912) podrán continuar en el mismo hasta el vencimiento de la respectiva autorización.

Título II DE LOS MÉDICOS

CAPÍTULO I GENERALIDADES

Art. 13.— El ejercicio de la medicina sólo se autorizará a médicos, médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente.

Podrán ejercerla:

- a) los que tengan título válido otorgado por universidad nacional o universidad privada y habilitado por el Estado nacional;
- b) los que tengan título otorgado por una universidad extranjera y que hayan revalidado en una universidad nacional;
- c) los que tengan título otorgado por una universidad extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por universidades nacionales;
- d) los profesionales de prestigio internacional reconocido, que estuvieran de tránsito en el país y fueran requeridos en consulta sobre asuntos de su exclusiva especialidad. Esta autorización será concedida a solicitud de los interesados por un plazo de seis meses, que podrá ser prorrogado a un año como máximo, por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Esta autorización sólo podrá ser nuevamente concedida a una misma persona cuando haya transcurrido un plazo no menor de cinco años desde su anterior habilitación. Esta autorización precaria en ningún caso podrá significar una actividad profesional privada y deberá limitarse a la consulta requerida por instituciones sanitarias, científicas o profesionales reconocidas;
- e) los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con finalidades de investigación, asesoramiento, docencia y/o para evacuar consultas de dichas instituciones durante la vigencia de su contrato y en los límites que se reglamenten, no pudiendo ejercer la profesión privadamente;
- f) los profesionales no domiciliados en el país llamados en consulta asistencial deberán serlo por un profesional matriculado y limitarán su actividad al caso para el cual ha sido especialmente requerido, en las condiciones que se reglamenten;
- g) los profesionales extranjeros refugiados en

el país que fueron habilitados en virtud del art. 4º, inc. f) del dec. 6.216/44 (ley 12.912) siempre que acrediten a juicio de la Secretaría de Estado de Salud Pública ejercicio profesional y se encuentren domiciliados en el país desde su ingreso.

Art. 14.— Anualmente las universidades nacionales y escuelas reconocidas enviarán a la Secretaría de Estado de Salud Pública una nómina de los alumnos diplomados en las distintas profesiones o actividades auxiliares, haciendo constar datos de identificación y fecha de egreso.

Mensualmente las oficinas del Registro Civil enviarán directamente a la Secretaría de Estado de Salud Pública la nómina de profesionales fallecidos, debiendo ésta proceder a la anulación del diploma y la matrícula.

Art. 15.— Los títulos anulados o invalidados por autoridad competente determinarán la anulación de la matrícula. En la misma forma se procederá con relación a los títulos revalidados en el país. Las circunstancias aludidas deberán ser acreditadas con documentación debidamente legalizada.

Art. 16.— Los profesionales referidos en el art. 13, sólo podrán ejercer en los locales o consultorios previamente habilitados o en instituciones o establecimientos asistenciales o de investigación oficiales o privadas habilitados o en el domicilio del paciente. Toda actividad médica en otros lugares no es admisible, salvo casos de fuerza mayor o fortuitos.

Art. 17.— Los profesionales que ejerzan la medicina podrán certificar las comprobaciones y/o constataciones que efectúen en el ejercicio de su profesión, con referencia a estados de salud o enfermedad, o administración, prescripción, indicación, aplicación o control de los procedimientos a que se hace referencia en el art. 2º precisando la identidad del titular, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 18.— Los profesionales que ejerzan la medicina no podrán ser simultáneamente propietarios parciales o totales, desempeñar cargos técnicos o administrativos, aunque sean honorarios en establecimientos que elaboren, distribuyan o expendan medicamentos, especialidades medicinales, productos dietéticos, agentes terapéuticos, elementos de diagnóstico, artículos de uso radiológicos; artículos de óptica, lentes y/o aparatos ortopédicos.

Se exceptúan de las disposiciones del párrafo anterior los profesionales que realicen labores de asistencia médica al personal de dichos establecimientos.

Art. 19.— Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a:

1. prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias, en caso de epidemia, desastre u otras emergencias;

2. asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente;

3. respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz;

4. no llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial;

5. promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta, signifiquen peligro para sí mismas o para terceros;

6. ajustarse a lo establecido en las disposiciones legales vigentes para prescribir alcaloides;

7. prescribir o certificar en formularios que deberán llevar impresos en castellano su nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio y número telefónico cuando corresponda. Sólo podrán anunciarse cargos técnicos o títulos que consten registrados en la Secretaría de Estado de Salud Pública en las condiciones que se reglamenten. Las prescripciones y/o recetas deberán ser manuscritas, formuladas en castellano, fechadas y firmadas.

La Secretaría de Estado de Salud Pública podrá autorizar el uso de formularios impresos solamente para regímenes dietéticos o para indicaciones previas a procedimientos de diagnóstico;

8. extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, debiendo expresar los datos de identificación, la causa de muerte, el diagnóstico de la última enfermedad de acuerdo con la nomenclatura que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública y los demás datos que con fines estadísticos les fueren requeridos por las autoridades sanitarias;

9. fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y asimismo, de que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insu-

ficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados resultare un daño para terceras personas.

Art. 20.— Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina:

1. anunciar o prometer la curación fijando plazos;

2. anunciar o prometer la conservación de la salud;

3. prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos;

4. anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las facultades de ciencias médicas reconocidas del país;

5. anunciar agentes terapéuticos de efecto infalible;

6. anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva;

7. aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país;

8. practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;

9. anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública;

10. anunciarse como especialista no estando registrado como tal en la Secretaría de Estado de Salud Pública;

11. expedir certificados por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o cualquier producto o agente terapéutico de diagnóstico o profiláctico o dietético;

12. publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;

13. realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en medicina;

14. publicar cartas de agradecimiento de pacientes;

15. vender cualquier clase de medicamentos;

16. usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los señalados en las Facultades de ciencias Médicas reconocidas del país;

17. ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas;

18. practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores;

19. inducir a los pacientes a proveerse en

determinadas farmacias o establecimientos de óptica u ortopedia;

20. participar honorario;

21. obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que elaboren, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o cualquier elementos de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades;

22. delegar en su personal auxiliar, facultades, funciones o atribuciones inherentes o primitivas de su profesión;

23. actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración con la medicina u odontología;

24. asociarse con farmacéuticos; ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéutico e instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma;

25. ejercer simultáneamente su profesión y ser director técnico o asociado a un laboratorio de análisis clínicos. Se exceptúan de esta disposición aquellos profesionales que por la índole de su especialidad deben contar necesariamente con un laboratorio auxiliar y complementario de la misma.

CAPÍTULO II

DE LOS ESPECIALISTAS MÉDICOS

Art. 21.— Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de cinco (5) años de egresados y tres (3) de antigüedad de ejercicio de la especialidad, valoración de títulos, antecedentes y trabajos, y examen de competencia;
- b) Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;
- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de tres (3) años, extendido por institución pú-

blica o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La autorización oficial tendrá una duración de cinco (5) años y podrá ser revalidada cada cinco (5) años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

El Ministerio de Salud y Acción Social, a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente.

CAPÍTULO III DE LAS ANESTESIAS GENERALES

Art. 22.— Las anestias generales y regionales deberán ser indicadas, efectuadas y controladas en todas sus fases por médicos, salvo casos de fuerza mayor.

En los quirófanos de los establecimientos asistenciales oficiales o privados, deberá llevarse un libro registro en el que conste: las intervenciones quirúrgicas efectuadas, datos de identificación del equipo quirúrgico, del médico a cargo de la anestesia y del tipo de anestesia utilizada.

El médico anestesista, el jefe del equipo quirúrgico, el director del establecimiento y la entidad asistencial serán responsables del incumplimiento de las normas precedentes. Los odontólogos podrán realizar las anestias señaladas en el art. 30, inc. 21 de esta ley.

CAPÍTULO IV DE LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE

Art. 23.— Las transfusiones de sangre y sus derivados en todas sus fases y formas, deberán ser indicadas, efectuadas y controladas por médicos, salvo casos de fuerza mayor.

Los Bancos de Sangre y Servicios de Hemoterapia de los establecimientos asistenciales oficiales o privados deberán tener a su frente a un médico especializado en hemoterapia y estar provistos de los elementos que determine la reglamentación.

Los establecimientos asistenciales oficiales o privados deberán llevar un libro registro donde consten las transfusiones efectuadas, certificadas con la firma del médico actuante.

El transfusionista, el director del estableci-

miento y la entidad asistencial serán responsables del cumplimiento de las normas precedentes.

TÍTULO III DE LOS ODONTÓLOGOS

CAPÍTULO I GENERALIDADES

Art. 24.— El ejercicio de la odontología se autorizará a los dentistas, odontólogos y doctores en odontología, previa obtención de la matrícula profesional correspondiente.

Podrán ejercerla:

1. los que tengan título válido otorgado por universidad nacional o universidad privada y habilitado por el Estado Nacional;

2. los que hayan obtenido de las universidades nacionales reválida de títulos que habiliten para el ejercicio profesional;

3. los que tengan título otorgado por una universidad extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por universidades nacionales;

4. los profesionales de prestigio internacional reconocidos que estuvieran de tránsito en el país y fueran requeridos en consultas sobre asuntos de su exclusiva especialidad. Esta autorización será concedida a solicitud de los interesados por un plazo de seis meses, que podrá ser prorrogado a un año como máximo, por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Esta autorización sólo podrá ser nuevamente concedida a una misma persona cuando haya transcurrido un plazo no menor de cinco años desde su anterior habilitación.

Esta autorización precaria en ningún caso podrá significar una actividad profesional privada y deberá limitarse a la consulta requerida por instituciones sanitarias, científicas o profesionales reconocidas;

5. los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con finalidades de investigación, asesoramiento, docencia y/o para evacuar consultas de dichas instituciones durante la vigencia de su contrato y en los límites que se reglamenten, no pudiendo ejercer la profesión privadamente;

6. los profesionales no domiciliados en el país llamados en consulta asistencial deberán serlo por un profesional matriculado, y limitarán su actividad al caso para el cual han sido especialmente requeridos, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 25.— Los títulos anulados o invalidados por autoridad competente determinarán la anulación de la matrícula. En la misma forma se procederá con relación a los títulos revalida-

dos en el país. Las circunstancias aludidas deberán ser acreditadas con documentación debidamente legalizada.

Art. 26.— Los profesionales odontólogos sólo podrán ejercer en locales o consultorios previamente habilitados o en instituciones o establecimientos asistenciales o de investigación oficiales o privados o en el domicilio del paciente. Toda actividad odontológica en otros lugares no es admisible, salvo casos de fuerza mayor o fortuitos.

Art. 27.— Los profesionales odontólogos podrán certificar las comprobaciones y/o constataciones que realicen en el ejercicio de su profesión, con referencia a estados de salud o enfermedad, a administración, prescripción, indicación, aplicación o control de los procedimientos a que se hace referencia en el art. 2º, precisando la identidad del titular, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 28.— Los profesionales odontólogos no podrán ejercer su profesión y ser simultáneamente propietarios totales o parciales, desempeñar cargos técnicos o administrativos aunque sean honorarios, en establecimientos que elaboren, distribuyan o expendan elementos de mecánica dental, medicamentos, especialidades medicinales y odontológicas, productos dietéticos, agentes terapéuticos, elementos de diagnóstico, aparatos ortopédicos y artículos de uso radiológico.

Se exceptúan de las disposiciones del párrafo anterior los odontólogos que realicen labores de asistencia odontológica al personal de dichos establecimientos.

Art. 29.— Los profesionales odontólogos, sin perjuicio de las demás obligaciones que impongan las leyes vigentes:

1. ejercer dentro de los límites de su profesión, debiendo solicitar la inmediata colaboración del médico cuando surjan o amenacen surgir complicaciones, cuyo tratamiento exceda aquellos límites;

2. prestar toda colaboración que les sea requerida por parte de las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias nacionales;

3. facilitar a las autoridades sanitarias los datos que le sean requeridos con fines estadísticos o de conveniencia general;

4. enviar a los mecánicos para dentistas las órdenes de ejecución de las prótesis dentarias en su recetario, consignando las características que permitan la perfecta individualización de las mismas;

5. fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y, asimismo, de que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por in-

suficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados resultare un daño para terceras personas.

Art. 30.— Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la odontología:

1. asociarse para el ejercicio de su profesión o instalarse para el ejercicio individual en el mismo ámbito, con mecánicos para dentistas;

2. asociarse con farmacéuticos, ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéutico o instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma;

3. anunciar tratamientos a término fijo;

4. anunciar o prometer la conservación de la salud;

5. prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos;

6. anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las Facultades de Odontología reconocidas del país;

7. anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;

8. anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva;

9. aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos del país;

10. practicar tratamientos personales utilizando productos especiales, de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;

11. anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzcan a error o engaño;

12. anunciar o prometer la confección de aparatos protésicos en los que exalten sus virtudes y propiedades o el término de su construcción y/o duración, así como sus tipos y/o características o precio;

13. anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública;

14. anunciarse como especialista no estando registrado como tal en la Secretaría de Estado de Salud Pública;

15. expedir certificados por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o cualquier producto o agente terapéutico, diagnóstico o profiláctico o dietético;

16. publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;

17. realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en odontología o medicina;

18. publicar cartas de agradecimiento de pacientes;

19. vender cualquier clase de medicamentos o instrumental;

20. usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los enseñados en las Facultades de Odontología reconocidas del país;

21. aplicar anestesia general, pudiendo solamente practicar anestesia por infiltración o troncular en la zona anatómica del ejercicio de su profesión;

22. realizar hipnosis con otra finalidad que la autorizada en el art. 9º;

23. ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas;

24. participar honorarios;

25. obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que fabriquen, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o cualquier elementos de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades;

26. inducir a los pacientes a proveerse en determinadas farmacias o establecimientos de productos odontológicos;

27. delegar en su personal auxiliar facultades, funciones o atribuciones inherentes o privativas de su profesión;

28. actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración de la medicina u odontología.

CAPÍTULO II

DE LOS ESPECIALISTAS ODONTÓLOGOS

Art. 31.— (Conforme sustitución ley 23.873). Para emplear el título o certificación de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la odontología, deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de cinco (5) años de egresado y tres (3) de antigüedad de ejercicio de especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;
- b) poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;
- c) ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;
- d) poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a

tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;

- e) poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de tres años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La autorización oficial tendrá una duración de cinco (5) años y podrá ser revalidada cada cinco (5) años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad, y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación. La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizadas periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

El Ministerio de Salud y Acción Social a través del organismo competente, llevará un registro de especialista, actualizado permanentemente.

TÍTULO IV DE LOS ANÁLISIS

CAPÍTULO I DE LOS ANÁLISIS CLÍNICOS

Art. 32.— Los análisis químicos, físicos, biológicos o bacteriológicos aplicados a la medicina sólo podrán ser realizados por los siguientes profesionales:

- a) médicos y doctores en medicina;
- b) bioquímicos y doctores en bioquímica;
- c) diplomados universitarios con títulos similares que acrediten ante la secretaría de Estado de Salud Pública haber cursado en su carrera todas las disciplinas inherentes a la ejecución de análisis aplicados a la medicina.

Los profesionales referidos deberán estar inscriptos en la Secretaría de Estado de Salud Pública en registro especial, sin perjuicio de lo dispuesto en el dec. 7.595/63 (ley 16.478) con respecto a los bioquímicos.

Las extracciones de material serán efectuadas únicamente por médicos, salvo sangre por punción digital, en el lóbulo de la oreja o por punción venosa en el pliegue del codo, las que podrán ser realizadas por los demás profesionales citados en el presente artículo.

Los médicos y doctores en medicina, directores técnicos de laboratorios de análisis clínicos no podrán ejercer simultáneamente su profesión, salvo en los casos previstos en el art. 20, inc. 25.

Los directores técnicos de laboratorios de

análisis clínicos están obligados a la atención personal y efectiva del mismo, debiendo vigilar las distintas fases de los análisis efectuados y formar los informes y/o protocolos de los análisis que se entregan a los examinados.

En ningún caso los profesionales podrán ser directores titulares de más de dos laboratorios de análisis clínicos, sean oficiales y/o privados.

Los laboratorios de análisis clínicos deberán reunir las condiciones y estar provistos de los elementos indispensables con la índole de sus prestaciones de acuerdo con lo que se establezca en la reglamentación.

Exceptúanse las limitaciones del art. 20, inc. 21, los médicos que integran como propietarios un establecimiento asistencial para cuya labor es necesaria la existencia de un laboratorio de análisis clínicos.

CAPÍTULO II DE LOS EXÁMENES ANATOMOPATOLÓGICOS

Art. 33.— Los exámenes anatomopatológicos de material humano sólo podrán ser efectuados por profesionales especializados, habilitados para el ejercicio de la medicina u odontología, según el caso.

Dichos profesionales deberán estar inscritos en la Secretaría de Estado de Salud Pública en registro especial, acreditando los requisitos de los arts. 21 o 31, según el caso.

Los laboratorios de anatomopatología deberán reunir las condiciones y estar provistos de los elementos que exija la reglamentación.

Los bancos de tejidos deberán tener a su frente un profesional especializado en anatomopatología.

Las autopsias o necropsias deberán ser realizadas exclusivamente por profesionales especializados en anatomopatología, con excepción de las de carácter médico legal (obducciones), las que serán practicadas por los especializados que determine la justicia nacional.

TÍTULO V DE LOS ESTABLECIMIENTOS

CAPÍTULO I GENERALIDADES

Art. 34.— Toda persona que quiera instalar un establecimiento para la profilaxis, recuperación, diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades humanas, deberá solicitar el permiso previo a la Secretaría de Estado de Salud Pública, formulando una declaración relacionada con la orientación que imprimirá a las acti-

vidades del establecimiento, especificando la índole y modalidad de las prestaciones a cubrir y las modalidades de las contraprestaciones a cargo de los prestatarios.

Art. 35.— A los efectos de obtener la habilitación a que alude el artículo precedente acreditar que el establecimiento reúne los requisitos que se establezcan en la documentación de la presente ley, en relación con sus instalaciones, equipos, instrumental, número de profesionales, especialistas y colaboradores, habida cuenta del objeto de su actividad, de los servicios que ofrece, así como de que no constituye por su ubicación un peligro para la salud pública.

Art. 36.— La denominación y característica de los establecimientos que se instalen de conformidad con lo establecido en los arts. 34 y 35, deberán ajustarse a lo que al respecto establezca la reglamentación, teniendo en cuenta sus finalidades, especialidad, instalaciones, equipos, instrumental, número de profesionales y auxiliares de que dispone para el cumplimiento de las prestaciones.

Art. 37.— Una vez acordada la habilitación a que se refieren los arts. 34, 35 y 36, los establecimientos no podrán introducir modificación alguna en su denominación y/o razón social, en las modalidades de las prestaciones ni reducir sus servicios sin autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 38.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fiscalizará las prestaciones y el estricto cumplimiento de las normas del presente capítulo, pudiendo disponer la clausura preventiva del establecimiento cuando sus deficiencias así lo exijan.

CAPÍTULO II DE LA PROPIEDAD

Art. 39.— Podrán autorizarse los establecimientos mencionados en el art. 34, cuando su propiedad sea:

1. de profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina o de la odontología, según sea el caso, de conformidad con las normas de esta ley;

2. de las sociedades civiles que constituyan entre sí los profesionales a que se refiere el inciso anterior;

3. de sociedades comerciales de profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina o de la odontología;

4. de sociedades comerciales o civiles, entre médicos, odontólogos y no profesionales, no teniendo estos últimos injerencia ni en la dirección técnica del establecimiento ni en ninguna tarea que se refiera al ejercicio profesional;

5. de entidades de bien público sin fines de lucro.

En todos los casos contemplados en los incisos anteriores, la reglamentación establecerá los requisitos a que deberán ajustarse en cuanto a:

- a) características del local desde el punto de vista sanitario;
- b) elementos y equipos en cuanto a sus características, tipo y cantidad;
- c) número mínimo de profesionales y especialistas;
- d) número mínimo de personal en actividades de colaboración.

CAPÍTULO III DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA

Art. 40.— Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente un director, médico u odontólogo, según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección y sus obligaciones serán reglamentadas.

Las responsabilidades del director no excluye la responsabilidad personal de los profesionales o colaboradores ni de las personas físicas o ideales propietarias del establecimiento.

TÍTULO VI DE LOS PRACTICANTES

Art. 41.— Se considerarán practicantes los estudiantes de medicina u odontología que habiendo aprobado las materias básicas de sus respectivas carreras realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales, oficiales o privadas.

Su actividad debe limitarse al aprendizaje y en ningún caso pueden realizar funciones de las denominadas por esta ley de colaboración.

Los practicantes de medicina u odontología sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados en el párrafo anterior.

TÍTULO VII DE LOS COLABORADORES

CAPÍTULO I GENERALIDADES

Art. 42.— A los fines de esta ley se consi-

deran actividades de colaboración de la medicina y odontología, la que ejercen:

Obstétricas, kinesiólogos y terapeutas físicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, ópticos, técnicos, mecánicos para dentistas, dietistas, auxiliares de radiología, auxiliares de psiquiatría, auxiliares de laboratorio, auxiliares de anestesia, fonoaudiólogos, ortópticos, visitadoras de higiene, técnicos en órtesis y prótesis, técnicos en calzado ortopédico. (Los decs. 1.424/73 [B.O., 1/3/1973], 1.226 [B.O., 4/11/1974], 1.423/80 [B.O., 22/7/1980] y 760/82 [B.O., 21/4/82] agregaron a esta nómina los pedicuros, instrumentadores de cirugía, técnicos industriales en alimentos y citotécnicos.)

Art. 43.— El Poder Ejecutivo Nacional podrá reconocer e incorporar nuevas actividades de colaboración cuando lo propicie la Secretaría de Estado de Salud Pública, previo informe favorable de las universidades.

Art. 44.— Podrán ejercer las actividades a que se refiere el art. 42:

- a) los que tengan título otorgado por universidad nacional o universidad privada y habilitado por el Estado nacional;
- b) los que tengan título otorgado por universidad extranjera y hayan revalidado en una universidad nacional;
- c) los argentinos nativos, diplomados en universidades extranjeras que hayan cumplido los requisitos exigidos por las universidades nacionales para dar validez a sus títulos;
- d) los que posean título otorgado por escuelas reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, cuya enseñanza se imparta en las condiciones que se reglamenten.

Art. 45.— Las personas referidas en el art. 42, limitarán su actividad a la colaboración con el profesional responsable, sea en la asistencia o recuperación de enfermos, sea en la preservación de la salud de los sanos, y deberán ejercer su actividad dentro de los límites que en cada caso fije la presente ley y su reglamentación.

Para la autorización del ejercicio de cualquiera de las actividades mencionadas en el art. 42, es indispensable la inscripción del título habilitante y la obtención de la matrícula de los organismos competentes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 46.— Las personas a que hace referencia el art. 42 podrán desempeñarse en las condiciones que se reglamenten, en las siguientes formas:

- a) ejercicio privado autorizado;
- b) ejercicio privado bajo control y dirección de un profesional;

c) ejercicio exclusivo en establecimientos asistenciales bajo dirección y control profesional;

d) ejercicio autorizado en establecimientos comerciales afines a su actividad auxiliar.

Art. 47.— Los que ejerzan actividades de colaboración, estarán obligados a:

a) ejercer dentro de los límites estrictos de su autorización;

b) limitar su actuación a la prescripción y/o indicación recibida;

c) solicitar la inmediata colaboración del profesional cuando en el ejercicio de su actividad surjan o amenacen surgir complicaciones, cuyo tratamiento exceda los límites señalados para la actividad que ejerzan;

d) en el caso de tener el ejercicio privado autorizado deberán llevar un libro registro de asistidos, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 48.— Queda prohibido a los que ejercen actividades de colaboración de la medicina u odontología:

a) realizar tratamientos fuera de los límites de su autorización;

b) modificar las indicaciones médicas u odontológicas recibidas, según el caso, o asistir de manera distinta a la indicada por el profesional;

c) anunciar o prometer la curación fijando plazos;

d) anunciar o prometer la conservación de la salud;

e) anunciar o aplicar procedimientos técnicos o terapéuticos ajenos a la enseñanza que se imparte en las universidades o escuelas reconocidas del país;

f) prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos;

g) anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;

h) anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva;

i) practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta, y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;

j) anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental, de los aparatos o elementos que confeccionen, que induzcan a error o engaño;

k) publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;

l) publicar cartas de agradecimiento de pacientes;

m) ejercer su actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas;

n) participar honorarios;

o) ejercer su actividad en locales no habilitados, salvo en casos de fuerza mayor;

CAPÍTULO II DE LAS OBSTÉTRICAS

Art. 49.— El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las personas de sexo femenino que posean el título universitario de obstétrica o partera, en las condiciones establecidas en el art. 44.

Art. 50.— Las obstétricas o parteras no podrán prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológico, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia.

Art. 51.— Las obstétricas o parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten.

Las obstétricas o parteras no pueden tener en su consultorio instrumental médico que no haga a los fines estrictos de su actividad.

Art. 52.— Las obstétricas o parteras que deseen recibir embarazadas en su consultorio en carácter de internadas deberán obtener autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que fijará las condiciones higiénicosanitarias a que deberán ajustarse los locales y los elementos de que deberán estar dotados, no pudiendo utilizar la denominación de "Maternidades o Clínicas Maternales", reservándose dicha calificación para los establecimientos que cuenten con dirección médica y cuerpo profesional especializado en obstetricia.

En los mencionados locales podrán ser admitidas únicamente embarazadas que se encuentren en los 3 últimos meses del embarazo o en trabajo de parto.

El derecho de inspección de la Secretaría de Estado de Salud Pública es absoluto y se podrá ordenar la inmediata clausura cuando sus instalaciones técnicas o higiénicas no sean satisfactorias, o cuando existan internadas fuera de las condiciones reglamentarias o estén atacadas de enfermedades infectocontagiosas, debiendo efectuarse de inmediato la correspondiente denuncia si se presupone la comisión de un delito.

CAPÍTULO III DE LOS KINESIÓLOGOS Y TERAPISTAS FÍSICOS

Art. 53.— Se entiende por ejercicio de la kinesiología y de la terapia física anunciar y/o

aplicar kinesioterapia, kinefilaxia y fisioterapia.

Art. 54.— La kinesiología podrá ser ejercida por las personas que posean el título universitario de kinesiólogo o título de terapeuta físico, en las condiciones establecidas en el art. 44.

Los "idóneos en kinesiología" habilitados en virtud de la ley 13.970 y su dec. regl. 15.589/51 continuarán en el ejercicio de sus actividades en la forma autorizada por las citadas normas.

Art. 55.— Los kinesiólogos y terapeutas físicos podrán atender personas sanas, o enfermos por prescripción médica.

Frente a la comprobación de cualquier síntoma anormal, en el transcurso del tratamiento o cuando surjan o amenacen surgir complicaciones deberán solicitar la inmediata colaboración del médico.

Art. 56.— Los kinesiólogos y terapeutas físicos podrán realizar:

- a) kinesioterapia y fisioterapia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en gabinete privado habilitado, en las condiciones que se reglamenten;
- b) kinefilaxia en clubes deportivos, casas de baños, institutos de belleza y demás establecimientos que no persigan finalidad terapéutica.

Art. 57.— Les está prohibido a los kinesiólogos y terapeutas físicos:

- a) efectuar asistencia de enfermos sin indicación y/o prescripción médica;
- b) realizar exámenes fuera de la zona corporal para la que hayan recibido indicación de tratamiento;
- c) realizar indicación terapéutica fuera de las específicamente autorizadas.

CAPÍTULO IV DE LAS ENFERMERAS

(Arts. 58 a 61, derogado por ley 24.004.)

CAPÍTULO V DE LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES

Art. 62.— Se entiende por ejercicio de la terapia ocupacional la aplicación de procedimientos destinados a la rehabilitación física y/o mental de inválidos, incapacitados, lesionados o enfermos; o como medio para su evolución funcional, empleando actividades laborales, artísticas, recreativas o sociales.

Art. 63.— La terapia ocupacional podrá ser ejercida por las personas que tengan título de terapeuta ocupacional acorde con lo dispues-

to en el art. 44 de las condiciones que se reglamenten.

Art. 64.— Los que ejerzan la terapia ocupacional podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico en los límites que se reglamenten. Ante la comprobación de cualquier signo o síntoma anormal en el transcurso del tratamiento o cuando se observare la posibilidad de que surjan o amenacen surgir complicaciones, deberán requerir el inmediato control médico.

Art. 65.— Los terapeutas ocupacionales podrán realizar exclusivamente sus actividades en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados y en el domicilio del paciente, y anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a médicos.

CAPÍTULO VI DE LOS ÓPTICOS TÉCNICOS

Art. 66.— Se entiende por ejercicio de la óptica técnica, anunciar, confeccionar o expender medios ópticos destinados a ser interpuestos entre el campo visual y el ojo humano.

Art. 67.— La óptica técnica podrá ser ejercida por los que posean el título de óptico técnico; experto en óptica o perito óptico, acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 68.— El despacho al público de anteojos de todo tipo (protectores, correctores y/o filtrantes) y todo otro elemento que tenga por fin interponerse en el campo visual para corregir sus vicios, sólo podrá tener lugar en las casas de óptica previamente habilitadas.

Art. 69.— Los que ejerzan la óptica podrán actuar únicamente por prescripción médica, debiendo limitar su actuación a la elaboración y adaptación del medio óptico y, salvo lo que exige la adaptación mecánica del lente de contacto, no podrán realizar acto alguno sobre el órgano de visión del paciente que implique un examen con fines de diagnóstico, prescripción y/o tratamiento.

Art. 70.— Toda persona que desee instalar una casa de óptica o de venta de lentes deberá requerir la autorización previa a la Secretaría de Estado de Salud Pública, debiendo ésta reunir las condiciones que se reglamenten.

Las casas de óptica de obras sociales, entidades mutuales o asociaciones de bien público deberán ser de propiedad exclusiva de la asociación o entidad permisionaria, no pudiendo ser cedidas ni dadas en concesión o locación ni explotadas por terceras personas.

Art. 71.— Los ópticos técnicos que anuncien, confeccionen o expendan lentes de contacto, deberán acreditar su especialidad en las condiciones que se reglamenten.

EJERCICIO LEGAL E ILEGAL DE LA MEDICINA

Art. 72.— Toda persona que desee instalar una casa para la confección de lentes de contacto, deberá requerir la autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública, debiendo ésta reunir las condiciones que se reglamenten.

Art. 73.— Los ópticos técnicos podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos oficiales o privados, en establecimientos comerciales habilitados y controlados por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Los ópticos técnicos no podrán tener su taller en un consultorio médico o anexo al mismo, ni podrán anunciar exámenes o indicar determinado facultativo.

CAPÍTULO VII DE LOS MECÁNICOS PARA DENTISTAS

(Arts. 74 A 78, inclusive, derogados por ley 23.752.)

CAPÍTULO VIII DE LOS DIETISTAS

(Arts. 79 A 82, inclusive, derogados por ley 24.301.)

CAPÍTULO IX DE LOS AUXILIARES DE RADIOLOGÍA

Art. 83.— Se entiende como ejercicio auxiliar de radiología la obtención de radiografías y las labores correspondientes de cámara oscura.

Art. 84.— Podrán ejercer como auxiliares de radiología los que tengan título de técnicos en radiología, ayudantes de radiología y/o radiógrafos, acordes con lo dispuesto en el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 85.— Los que ejerzan como auxiliares de radiología podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico u odontológico directo y en los límites de su autorización.

Art. 86.— Los auxiliares de radiología podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales, oficiales o privados, y como personal auxiliar de profesionales habilitados. Deberán solicitar de la Secretaría de Estado de Salud Pública la correspondiente autorización.

Podrán anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a instituciones asistenciales y a profesionales.

CAPÍTULO X DE LOS AUXILIARES DE PSIQUIATRÍA

Art. 87.— Se entiende como ejercicio auxi-

liar de la psiquiatría la obtención de test mentales y la recopilación de antecedentes y datos ambientales de los pacientes.

Art. 88.— Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean el título de auxiliar de psiquiatría, acorde, con lo dispuesto en el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 89.— Los que ejerzan como auxiliares de psiquiatría podrán actuar únicamente por indicación y bajo control de médico especialista habilitado y dentro de los límites de su autorización.

Art. 90.— Los auxiliares de psiquiatría podrán ejercer su actividad exclusivamente en establecimientos oficiales o privados y como personal auxiliar de médico especialista habilitado.

Art. 91.— [Derogado por ley 23.277 (art. 10).]

CAPÍTULO XI DE LOS AUXILIARES DE LABORATORIO

Art. 92.— Se entiende como ejercicio auxiliar de laboratorio las tareas secundarias de laboratorio, con exclusión de la interpretación de datos analíticos y/o pruebas funcionales y/o diagnóstico.

Art. 93.— Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean título de auxiliar de laboratorio o título de doctor o licenciado en ciencias biológicas, acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 94.— Los que ejerzan como auxiliares de laboratorio podrán actuar únicamente bajo indicación y control directo del profesional y en el límite estricto de su autorización.

Art. 95.— Los auxiliares de laboratorios podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados, como personal auxiliar de profesional habilitado, con laboratorio autorizado por la Secretaría de Estado de Salud Pública. Deberán solicitar de la Secretaría de Estado de Salud Pública la correspondiente autorización.

Los auxiliares de laboratorio podrán ofrecer sus servicios exclusivamente a instituciones asistenciales y a los profesionales comprendidos en el Título IV de esta ley.

CAPÍTULO XII DE LOS AUXILIARES DE ANESTESIA

Art. 96.— Se entiende como ejercicio auxiliar de la anestesia las actividades de colabo-

ración con el médico especializado en anestesia en la aplicación de las mismas y el cuidado y preparación del material a utilizar.

Art. 97.— Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean título de auxiliar de anestesia, acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 98.— Los que ejerzan como auxiliares de anestesia podrán actuar únicamente bajo indicación y control directo del profesional y en el límite estricto de su autorización. En ningún caso podrán aplicar anestésicos.

Sin perjuicio de las penalidades impuestas por esta ley, los que actuaren fuera de los límites en que deben ser desarrolladas sus actividades, serán denunciados por infracción al art. 208 del Cód. Penal.

Art. 99.— Los auxiliares de anestesia podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados y/o como personal auxiliar de médico especializado.

Art. 100.— Los auxiliares de anestesia no podrán ofrecer sus servicios al público, sólo podrán anunciarse u ofrecer sus servicios a profesionales especializados o a instituciones asistenciales.

CAPÍTULO XIII DE LOS FONOAUDIÓLOGOS

Art. 101.— Se entiende como ejercicio de la fonoaudiología la medición de los niveles de audición (audiometría) y la enseñanza de ejercicios de reeducación o rehabilitación de la voz, el habla y el lenguaje a cumplirse por el paciente.

Art. 102.— La fonoaudiología podrá ser ejercida por las personas que posean título de doctor en fonología; doctor o licenciado en lenguaje; licenciado en comunicación humana; fonoaudiólogo; reeducador fonético; técnico en fonoaudiología; auxiliar de fonoaudiología o similares, acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 103.— Los que ejerzan la fonoaudiología podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico, debiendo actuar dentro de los límites de su autorización.

Art. 104.— Los fonoaudiólogos podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados y como personal auxiliar de médico habilitado.

Podrán anunciar u ofrecer sus servicios únicamente a instituciones asistenciales y a profesionales.

CAPÍTULO XIV DE LOS ORTÓPTICOS

Art. 105.— Se entiende como ejercicio de la ortóptica la enseñanza de ejercicios de reeducación de estrábicos y ambliopes a cumplirse por el paciente.

Art. 106.— La ortóptica podrá ser ejercida por las personas que posean título de ortóptico, acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 107.— Los que ejerzan la ortóptica podrán actuar únicamente por indicación y bajo control del médico habilitado, debiendo actuar dentro de los límites de su autorización.

Art. 108.— Los ortópticos podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados y como personal auxiliar de médico habilitado.

Art. 109.— Les está prohibido a los ópticos técnicos y a los kinesiólogos desempeñarse como ortópticos.

CAPÍTULO XV DE LAS VISITADORAS DE HIGIENE

Art. 110.— La actividad de las visitadoras de higiene comprende la colaboración con los profesionales en los estudios higiénico-sanitarios, labores de profilaxis, control de tratamientos y difusión de conocimientos de medicina y odontología preventiva.

Art. 111.— Podrán ejercer la actividad a que se refiere el artículo precedente los que posean el título de "visitadoras de higiene", acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 112.— Las que ejerzan como visitadoras de higiene podrán actuar únicamente por indicación y bajo control de médico u odontólogo habilitado y dentro de los límites de su autorización.

Art. 113.— Las visitadoras de higiene podrán realizar el ejercicio de su actividad exclusivamente en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados, en instituciones u organismos sanitarios y en establecimientos industriales, en las condiciones que establece el artículo anterior, y no podrán ofrecer sus servicios al público.

Art. 114.— Queda prohibido a las visitadoras de higiene:

- a) aplicar terapéutica;
- b) anunciarse al público;
- c) desarrollar actividades que están reservadas a las enfermeras;
- d) instalarse con local o consultorio.

CAPÍTULO XVI
DE LOS TÉCNICOS EN ÓRTESIS Y PRÓTESIS

Art. 115.— Se entiende por ejercicio de la técnica ortésica y protésica el anuncio, expendio, elaboración y/o ensamble de aparatos destinados a corregir deformaciones y/o sustituir funciones y/o miembros del cuerpo perdidos.

Art. 116.— Podrán ejercer la actividad a la que se refiere el artículo precedente, los que posean el título de técnico en órtesis y prótesis o técnico en aparatos ortopédicos, acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 117.— Los que ejerzan como técnicos en órtesis y prótesis o técnicos en aparatos ortopédicos podrán actuar únicamente por indicación, prescripción y control médico, y exclusivamente en tales condiciones podrán realizar medidas y pruebas de aparatos en los pacientes.

Art. 118.— Los técnicos en órtesis y prótesis o en aparatos ortopédicos podrán realizar actividad privada o en establecimientos asistenciales oficiales o privados habilitados y controlados por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 119.— Los técnicos en órtesis y prótesis o en aparatos ortopédicos no podrán tener su taller en el consultorio de un médico o anexo al mismo, ni podrán anunciar exámenes ni indicar determinado facultativo. En sus avisos publicitarios deberán aclarar debidamente su carácter de técnicos ortesistas y protesistas o técnicos en aparatos ortopédicos.

Art. 120.— En el caso de que un médico especializado elabore las prótesis de sus pacientes, podrá tener bajo su dependencia a un técnico en órtesis y prótesis o a un técnico en aparatos ortopédicos, debiendo el taller ser habilitado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, y no podrá tener en ningún caso las características de un establecimiento comercial o de libre acceso del público.

CAPÍTULO XVII
DE LOS TÉCNICOS EN CALZADO
ORTOPÉDICO

Art. 121.— Se entiende como ejercicio de la técnica en calzado ortopédico anunciar, elaborar o expender calzado destinado a corregir malformaciones, enfermedades o sus secuelas, de los pies.

Art. 122.— Podrán ejercer la actividad a la que se refiere el artículo precedente las personas que posean el título de técnicos en calzado

ortopédico, acorde con lo dispuesto por el art. 44, en las condiciones que se reglamenten.

Art. 123.— Los que ejerzan como técnico en calzado ortopédico podrán actuar únicamente por indicación, prescripción y control de médico especialista. Exclusivamente en estas condiciones podrán realizar medidas y pruebas de calzado en los pacientes.

Art. 124.— Los técnicos en calzado ortopédico podrán realizar su actividad privadamente en establecimientos oficiales o privados, en establecimientos comerciales (zapaterías ortopédicas), habilitadas y controladas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en las condiciones que ésta determine.

TÍTULO VIII
DE LAS SANCIONES

Art. 125.— En uso de sus atribuciones de gobierno de las matrículas y control del ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, la Secretaría de Estado de Salud Pública, sin perjuicio de las penalidades que luego se determinan y teniendo en cuenta la gravedad y/o reiteración de las infracciones, podrá suspender la matrícula o la habilitación del establecimiento, según sea el caso.

En caso de peligro para la salud pública podrá suspenderlas preventivamente por un término no mayor a 90 días, mediante resolución fundada.

Art. 126.— [Texto conforme ley 22.650]. Las infracciones a lo dispuesto en la presente ley, a las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten y a las disposiciones complementarias que dicte la Secretaría de Estado de Salud Pública serán penadas por los organismos competentes de la misma con:

- a) apercibimiento;
- b) multa de un millón de pesos (\$ 1.000.000) a cuatrocientos millones de pesos (\$ 400.000.000) susceptibles de ser aumentadas hasta el duplo del máximo establecido, en caso de reincidencia;
- c) inhabilitación en el ejercicio de un (1) mes a cinco (5) años (suspensión temporaria de la matrícula);
- d) clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actuaren las personas que hayan cometido la infracción.

La Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, a través de sus organismos competentes, está facultada para disponer los alcances de la medida, aplicando las sanciones separada o conjuntamente, teniendo en cuenta los antecedentes del imputado, la gravedad de

la falta y sus proyecciones desde el punto de vista sanitario.

Art. 127.— En los casos de reincidencia en las infracciones, la Secretaría de Estado de Salud Pública podrá inhabilitar al infractor por el término de un (1) mes a cinco (5) años, según los antecedentes del imputado, la gravedad de la falta y su proyección desde el punto de vista sanitario.

Art. 128.— La reincidencia en la actuación fuera de los límites en que ésta debe ser desarrollada harán pasible al infractor de inhabilitación de un (1) mes a cinco (5) años, sin perjuicio de ser denunciado por infracción al art. 208 del Cód. Penal.

Art. 129.— El producto de las multas que aplique la Secretaría de Estado de Salud Pública de conformidad a lo establecido en la presente ley, ingresará al Fondo Nacional de la Salud.

TÍTULO IX DE LA PRESCRIPCIÓN

Art. 130.— Las acciones para poner en ejecución las sanciones prescribirán a los cinco (5) años de cometida la infracción; dicha prescripción se interrumpirá por la comisión de cualquier otra infracción a la presente ley, a su reglamentación o a las disposiciones dictadas en consecuencia.

TÍTULO X DEL PROCEDIMIENTO

Art. 131.— Comprobada la infracción a la presente ley, a su reglamentación o a las disposiciones que en su consecuencia dicte la Secretaría de Estado de Salud Pública, se citará por telegrama colacionado o por cédula al imputado a efectos de que comparezca a tomar vista de lo actuado, formular sus descargos, acompañar la prueba que haga a los mismos y ofrecer la que no obre en su poder, levantándose acta de la exposición que efectúe, ocasión en la que constituirá un domicilio.

En el caso de que las circunstancias así lo hagan aconsejable o necesario, la Secretaría de Estado de Salud Pública podrá citar al infractor por el edicto.

Examinados los descargos y/o informes que los organismos técnico-administrativos produzcan se procederá a dictar resolución definitiva.

Art. 132.— Si no compareciera el imputado a la segunda citación sin justa causa o si fuere desestimada la causal alegada para su inasistencia, se hará constar tal circunstancia en el expediente que se formará en cada caso

y decretándose de oficio su rebeldía, se procederá sin más trámite al dictado de la resolución definitiva.

Cuando por razones sanitarias sea necesaria la comparecencia del imputado, se podrá requerir el auxilio de la fuerza pública, a tales efectos.

Art. 133.— Cuando la sanción a imponerse fuera de la inhabilitación por más de un año, el asunto será pasado previamente en consulta al señor Procurador del Tesoro de la Nación.

Art. 134.— Toda resolución definitiva deberá ser notificada al interesado, quedando definitivamente consentida a los cinco (5) días de la notificación si no presentara dentro de ese plazo el recurso establecido en el artículo siguiente.

Art. 135.— [Texto conforme ley 22.650 (art. 2º)]. Contra las resoluciones que dicten los organismos competentes de la autoridad sanitaria nacional, sólo podrá interponerse recurso de nulidad y apelación ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia Federal en lo Contencioso Administrativo y dentro del plazo fijado por el art. 134, cuando se trate de penas de inhabilitación o clausura establecidas en el art. 126, y en las penas pecuniarias, previstas en este último artículo y en el 140, previo pago del total de la multa.

Art. 136.— En los recursos interpuestos ante el órgano jurisdiccional de acuerdo con lo establecido en el artículo precedente, se correrá vista a la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 137.— En ningún caso se dejarán en suspenso por la aplicación de los principios de la condena condicional las sanciones impuestas por infracción o las disposiciones de la presente ley, de su reglamentación o de las disposiciones que se dicten en consecuencia, y aquéllas una vez consentidas o confirmadas, podrán ser publicadas oficialmente, expresando el nombre de los infractores, la infracción cometida y la pena que le fuera impuesta.

Art. 138.— Cuando la Secretaría de Estado de Salud Pública efectúe denuncias por infracciones a las disposiciones del Capítulo "Delitos contra la Salud Pública" del Código Penal deberá remitirse al órgano jurisdiccional formulando las consideraciones de hecho y de derecho referentes a la misma.

Los agentes fiscales intervinientes solicitarán la colaboración de un funcionario letrado de la Secretaría de Estado de Salud Pública para la atención de la causa, suministro de informes, antecedente, pruebas y todo elemento que pueda ser útil para un mejor desenvolvimiento del trámite judicial, pudiendo además acompañar al agente fiscal a las audiencias que se celebren durante la tramitación de la causa.

EJERCICIO LEGAL E ILEGAL DE LA MEDICINA

Art. 139.— En el caso de que no fueran satisfechas las multas impuestas una vez consentidas, la Secretaría de Estado de Salud Pública elevará los antecedentes al Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Federal y Contencioso Administrativo para que las haga efectivas por vía de apremio y el Ministerio Fiscal o el Apoderado Fiscal ejercerán en el juicio la representación de la Nación.

Art. 140.— [texto conforme ley 22.650 (art. 3º)]. Los inspectores o funcionarios debidamente autorizados por la autoridad sanitaria nacional, tendrán la facultad de penetrar a los locales donde se ejerzan las actividades comprendidas por la presente ley durante las horas destinadas a su ejercicio.

Las autoridades policiales deberán prestar el concurso pertinente a solicitud de aquéllos para el cumplimiento de sus funciones.

La negativa injustificada del propietario, director o encargado del local o establecimiento, lo hará pasible de una multa de diez millones de pesos (\$ 10.000.000) a cien millones de pesos (\$ 100.000.000), según sus antecedentes, gravedad de la falta y/o proyecciones de ésta desde el punto de vista sanitario.

Los jueces con habilitación de día y hora, acordarán de inmediato a los funcionarios designados por los organismos competentes de la autoridad sanitaria nacional la orden de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública, si estas medidas son solicitadas por aquellos organismos.

Art. 141.— [Texto conforme ley 22.650 (art. 4º)]. Facúltase al Poder Ejecutivo Nacional a actualizar, por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, los montos de las sanciones de multas tomando como base de cálculo la variación semestral registrada al 1º de enero y al 1º de julio de cada año en el índice de precios al por mayor —nivel general—, que elabore el Instituto Nacional de Estadística y Censos o el organismo que lo reemplazare.

Art. 142.— El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará la presente ley dentro de los 90 días de su promulgación.

Art. 143.— Quedan derogados la ley 13.970 y los decs. 6.214/44 (ley 12.912); 40.185/47; 8.453/63 y el dec.-ley 3.309/63.

Art. 144.— (De forma).

DECRETO 6.216/67 EJERCICIO DE LA MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN. REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 17.132

Fecha: 30/8/1967

Publicado: B.O.: 8/9/1967

VISTO la sanción de la ley 17.132, que establece normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración; y

CONSIDERANDO:

Que la Secretaría de Estado de Salud Pública ha proyectado la correspondiente reglamentación, el Presidente de la Nación Argentina decreta:

Art. 1º.— Apruébase el cuerpo de disposiciones adjunto que constituye el reglamento de la ley 17.132.

Art. 2º.— Facúltase a la Secretaría de Estado de Salud Pública para dictar las normas reglamentarias complementarias, aclaratorias o interpretativas que requiera la aplicación del decreto reglamentario que se aprueba por el presente.

Art. 3º.— El presente decreto será refrendado por el señor ministro de Bienestar Social y firmado por el señor secretario de Estado de Salud Pública.

Art. 4º.— Comuníquese, etc. - Onganía - Álvarez - Holmberg.

REGLAMENTACIÓN DE LA LEY 17.132

Art. 1º.— La Secretaría de Estado de Salud Pública determinará el organismo competente, a los efectos de la aplicación de la ley 17.132.

Art. 2º.— Sin reglamentación.

Art. 3º.— Las entidades dedicadas a la higiene y estética de las personas no podrán realizar ni anunciar actividades de índole médica.

La Secretaría de Estado de Salud Pública podrá autorizar la instalación de consultorio médico en tales entidades cuando por la actividad que desarrollen (gimnasios, casas de baño, etc.), sea conveniente efectuar exámenes médicos previos a la utilización de las instalaciones.

En caso de que se efectúen masajes corporales, deberán ajustarse a lo dispuesto en los arts. 53 a 57 de la ley y sus reglamentaciones.

Art. 4º.— Sin reglamentación.

Art. 5º.— (El art. 5º de la ley 17.132 fue derogado por la ley 19.740 —art. 12—: B.O. 27/7/72).

Art. 6º.— El contador de las prestaciones será efectuado por el organismo que la Secretaría de Estado de Salud Pública determine, el cual estará facultado para solicitar la colaboración y/o asesoramiento de los organismos que considere necesarios para el mejor cumplimiento de sus funciones.

Art. 7º.— Para obtener la habilitación de los locales y/o establecimientos, como asimismo la aprobación de su denominación, deberán reunir condiciones de construcción, higiénico sanitarias, contar con instrumental, equipos y adecuado número de profesionales especializados y colaboradores, acordes con la actividad y orientación que se imprimirá a la entidad, debiendo la Secretaría de Estado de Salud Pública fijar los requisitos mínimos exigibles.

A las instituciones en vías de instalación, ampliación y/o reforma la Secretaría de Estado de Salud Pública podrá conceder habilitaciones parciales y/o provisorias por un plazo no mayor de 180 días siempre que a su juicio se cumplan las condiciones mínimas exigibles para asegurar las adecuadas prestaciones.

Art. 8º.— La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires designará, a solicitud de la Secretaría de Estado de Salud Pública, su representante para integrar la Junta Médica, la que deberá reunirse, practicar los exámenes y expedirse dentro de los 10 días hábiles de su integración, plazo que por razones fundadas podrá ser prorrogado a 20 días. La ausencia del médico de parte no impedirá el cometido de la Junta.

Art. 9º.— (El art. 9º de la ley 17.132 fue derogado por la ley 23.277 —art. 10—: B.O. 15/11/85).

Art. 10.— Los anuncios o publicidad deberán ajustarse a las disposiciones siguientes:

- a) No se podrán utilizar términos encomiásticos, superlativos ni imperativos;
- b) No se podrán anunciar formas de tratamiento, diagnóstico o pronóstico ni síntomas que integren la patología de una especialidad;
- c) El anuncio de especialidades se hará de acuerdo a la denominación de las materias del plan de estudios cursado y/o a la no-

menclatura o sinonimia que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública;

- d) Los anuncios no podrán exceder del tamaño que fije la Secretaría de Estado de Salud Pública;
- e) Los establecimientos deberán anunciarse con la denominación que fueran habilitados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
- f) Sólo podrán utilizar anuncios luminosos los establecimientos con servicio de guardia permanente en las condiciones que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública;

Art. 11.— Sin reglamentación.

Art. 12.— Sin reglamentación.

Art. 13.— En los casos:

1. Del inc. e), las instituciones contratantes deberán solicitar de la Secretaría de Estado de Salud Pública la pertinente autorización presentando la documentación probatoria del acto y acreditando la idoneidad del contratado.

2. Del inc. f), el profesional que solicite la consulta debe comunicarlo a la Secretaría de Estado de Salud Pública dentro de las 48 horas, mediante nota firmada.

3. En la valoración de los antecedentes de los profesionales extranjeros, la Secretaría de Estado de Salud Pública deberá tener en cuenta el Estatuto de los Refugiados aprobados por ley 15.869.

Art. 14.— Sin reglamentación.

Art. 15.— La autoridad que procediera a la anulación o invalidación de los títulos, deberá comunicarlo a la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que podrá solicitar las informaciones complementarias que juzgue convenientes.

Art. 16.— La habilitación a que se refiere el artículo reglamentado deberá ser solicitada a la Secretaría de Estado de Salud Pública, quien la otorgará cuando se hayan cumplido los requisitos establecidos en el art. 7º de la ley y su reglamentación.

El profesional médico que desee ejercer en un consultorio del que no es titular, deberá solicitar la pertinente autorización a la Secretaría de Estado de Salud Pública con el refrendo de aquél.

Todo profesional médico que deje de ejercer en un consultorio o establecimiento habilitado, deberá así comunicarlo a la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 17.— Las certificaciones a que se refiere el artículo reglamentado deberán ser fechadas, firmadas por el profesional médico y ser extendidas u otorgadas en formularios que lleven impresos su nombre y apellido, profesión, número de matrícula y domicilio.

Art. 18.— Sin reglamentación.

Art. 19.— A los efectos del registro de título-

los y cargos a los que se refiere el inc. 7º, el profesional médico deberá declararlos a la Secretaría de Estado de Salud Pública exhibiendo la documentación pertinente y su anuncio debe ajustarse a lo dispuesto en el art. 10 y su reglamentación.

Art. 20.— En los casos del inc. 25, la Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará y habilitará el laboratorio de aquellos profesionales que a su juicio deban contar con tales instalaciones auxiliares y complementarias para el ejercicio de su especialidad, debiendo solicitar en casos de duda o controversia la opinión de la Facultad de Medicina. En todos los casos, los profesionales con laboratorio, están obligados a la atención personal y efectiva del mismo.

Art. 21.— (El art. 21 de la ley 17.132 sustituido en su redacción por la ley 23.873: B.O. 30/10/90).

Art. 22.— El libro registro de anestias deberá ser foliado y encuadernado. Los datos deberán consignarse en forma legible sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden de los asientos, sin enmiendas ni raspaduras; ser llevados al día, firmados por el médico a cargo de la anestesia y ser exhibidos a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública a su requerimiento.

Art. 23.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará el petitorio mínimo de elementos con que deberán estar provistos los bancos de sangre y servicios de hemoterapia.

El libro registro de transfusiones deberá ser foliado y encuadernado. Los datos deberán consignarse en forma legible sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden de los asientos, sin enmiendas ni raspaduras, ser llevados al día, firmados por el médico a cargo de las transfusiones y ser exhibidos a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública a su requerimiento.

Art. 24.— En los casos:

- a) Del inc. 5º, las instituciones contratantes deberán solicitar de la Secretaría de Estado de Salud Pública la pertinente autorización presentando la documentación probatoria del acto y acreditando la idoneidad del contratado;
- b) Del inc. 6º, el profesional que solicite la consulta debe comunicarlo a la Secretaría de Estado de Salud Pública dentro de las 48 horas mediante nota firmada.

Art. 25.— La autoridad que procediera a la anulación o invalidación de los títulos, deberá comunicarlo a la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que podrá solicitar las informaciones complementarias que juzgue convenientes.

Art. 26.— La habilitación a que se refiere

el artículo que se reglamenta deberá ser solicitada a la Secretaría de Estado de Salud Pública, quien la otorgará cuando se hayan cumplido los requisitos establecidos en el art. 7º de la ley y su reglamentación.

Todo profesional odontólogo que deje de ejercer en un consultorio o establecimiento habilitado, deberá así comunicarlo a la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 27.— Las certificaciones a que se refiere el artículo reglamentado deberán ser fechadas, firmadas por el profesional odontólogo y ser extendidas y otorgadas en formularios que lleven impresos su nombre y apellido, profesión, número de matrícula y domicilio.

Art. 28.— Sin reglamentación.

Art. 29.— En los casos del inc. 4º, el profesional odontólogo deberá confeccionar las órdenes de ejecución de prótesis dentarias que envíe al mecánico para dentistas por duplicado, remitiendo un ejemplar al mecánico y reservando el otro, el que deberá exhibir a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública cuando le sea requerido. La obligación de conservar estos ejemplares es de un año.

Art. 30.— Sin reglamentación.

Art. 31.— A los efectos del inc. c), los colegios o sociedades odontológicas de cada especialidad, deberán solicitar su reconocimiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública acreditando su representación y jerarquía científica.

A los efectos del inc. d), el reconocimiento y aprobación de los servicios hospitalarios en los que se podrá acreditar antigüedad para obtener certificado "de especialista" lo realizará la Secretaría de Estado de Salud Pública, a solicitud del titular del Servicio; reconocimiento que podrá dejarse sin efecto si las circunstancias así lo hicieren pertinente debiendo seguirse el mismo procedimiento adoptado para su concesión.

Art. 32.— Los laboratorios de análisis clínicos deberán obtener su habilitación de la Secretaría de Estado de Salud Pública, a cuyo efecto la solicitud correspondiente deberá ser acompañada del plano de las distintas dependencias y del certificado de Obras Sanitarias de la Nación, referente a la instalación de aguas servidas de que dispone. Se deberá también manifestar las clases y tipos de análisis que se van a realizar y el material, instrumental y demás elementos con que se cuenta.

La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará las condiciones higiénico-sanitarias del local y el petitorio mínimo de instrumental, aparatos, útiles de labor y reactivos de que deberán estar dotados, y verificará periódicamente su cumplimiento.

Ningún laboratorio podrá admitir análisis para los que no está autorizado ni podrá aceptar el material objeto de los mismos, a los fines de servir de intermediario para otro laboratorio.

Ninguna institución asistencial podrá ofrecer al público la realización de análisis si no está efectivamente dotada de un laboratorio de análisis.

Los directores técnicos están obligados a la vigilancia efectiva de la realización de los análisis que se practiquen en el laboratorio bajo su dirección y no podrán, bajo ningún concepto, delegar sus funciones en personas no habilitadas para ello. En el caso de tener que delegar temporariamente dichas funciones deberá comunicarlo previamente a la Secretaría de Estado de Salud Pública, indicando el profesional que ha de reemplazarlo. Igualmente deberá proceder cuando se trate del alejamiento definitivo de sus funciones.

Los laboratorios deberán llevar un Registro de Protocolos por orden numérico, debiendo éste ser consignado en los informes que se entreguen al público. En dichos informes deberá figurar, además, el nombre completo del director técnico, su título, número de matrícula y de inscripción en la Secretaría de Estado de Salud Pública, nombre del paciente, nombre del profesional que solicitó el análisis, resultado del mismo, método empleado y ser firmado por el director técnico.

A los efectos del artículo reglamentario, entiéndese por extracciones de material las que exigen intervenciones cruentas, las que serán realizadas únicamente por médicos, con las excepciones que fija la ley. Los restantes profesionales autorizados para realizar análisis clínicos, podrán obtener material para análisis de exudados de las cavidades naturales exteriores y abscesos superficiales, de linfa y tejido epidérmico por escarificación y compresión y de sondeos gástricos, duodenal o vesical.

Art. 33.— Los laboratorios de exámenes anatomopatológicos deberán obtener su habilitación de la Secretaría de Estado de Salud Pública, a cuyo efecto la solicitud correspondiente deberá ser acompañada del plano de las distintas dependencias de que dispone. Se deberá también manifestar las clases y tipos de exámenes anatomopatológicos que se van a realizar y el material, instrumental y demás elementos con que se cuenta.

La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará las condiciones higiénico-sanitarias del local y el petitorio mínimo de instrumental, aparatos, útiles de labor y reactivos de que deberán estar dotados y verificará periódicamente su cumplimiento.

Ningún laboratorio podrá administrar exá-

menes anatomopatológicos para los que no está autorizado ni podrá aceptar el material objeto de los mismos, a los fines de servir de intermediario para otro laboratorio.

Ninguna institución asistencial podrá ofrecer al público la realización de exámenes anatomopatológicos si no está efectivamente dotado de un laboratorio de exámenes anatomopatológicos.

Los directores técnicos están obligados a la vigilancia efectiva de la realización de los exámenes anatomopatológicos que se practiquen en el laboratorio bajo su dirección y no podrán, bajo ningún concepto, delegar sus funciones en personas no habilitadas para ello. En el caso de tener que delegar temporariamente dichas funciones deberá comunicarlo previamente a la Secretaría de Estado de Salud Pública indicando el profesional que ha de reemplazarlo. Igualmente deberá proceder cuando se trate del alejamiento definitivo de sus funciones.

Los laboratorios deberán llevar un Registro de Protocolos por orden numérico, debiendo éste ser consignado en los informes que se entreguen al público. En dichos informes deberá figurar además el nombre completo del director técnico, su título, número de matrícula y de inscripción en la Secretaría de Estado de Salud Pública; nombre del paciente, nombre del profesional que solicitó el examen, resultado del mismo y ser firmados por el director técnico.

Art. 34.— Sin reglamentación.

Art. 35.— La Secretaría de Estado de Salud Pública establecerá los requisitos mínimos a que deberán ajustarse los establecimientos asistenciales, a los efectos de obtener su habilitación.

Art. 36.— Las denominaciones que utilizan los establecimientos asistenciales deberán ser acordes con su real naturaleza y jerarquía, debiendo la Secretaría de Estado de Salud Pública establecer los requisitos mínimos que exigirá para autorizarlos.

Art. 37.— Sin reglamentación.

Art. 38.— La Secretaría de Estado de Salud Pública podrá disponer la clausura preventiva de un establecimiento mediante resolución fundada y otorgará un plazo prudencial para que el establecimiento corrija sus deficiencias. Si transcurrido el mismo, las deficiencias persisten, la Secretaría de Estado de Salud Pública aplicará las sanciones que determina la ley que se reglamenta.

Art. 39.— A los efectos de obtener la autorización de instalación de un establecimiento asistencial los interesados deberán presentar a la Secretaría de Estado de Salud Pública la documentación pertinente que acredite la titularidad de la propiedad.

A los efectos de lo dispuesto en los aparta-

dos a), b), c) y d) *in fine* del artículo reglamentado, la Secretaría de Estado de Salud Pública fijará las condiciones de acuerdo a lo expresado en el art. 7º.

Art. 40.— Son deberes del director, en su carácter de tal:

- a) Controlar que los que se desempeñen como profesionales y/o colaboradores, estén habilitados para el ejercicio de su actividad y autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública;
- b) Controlar que las actividades de profesionales, especialistas y/o colaboradores se realicen dentro de los límites de la respectiva autorización;
- c) Controlar que el ejercicio profesional y/o colaboración sea realizado exclusivamente por aquellos que acrediten idoneidad;
- d) Velar porque los pacientes reciban el más correcto, adecuado y eficaz tratamiento;
- e) Adoptar las medidas necesarias para que los pacientes permanezcan internados el tiempo mínimo exigido para su tratamiento;
- f) Promover a que se envíen a otros establecimientos a los pacientes para cuyo diagnóstico y/o tratamiento se requieran elementos humanos y/o materiales con los que no cuenta el de su dependencia;
- g) Garantizar dentro del establecimiento por parte de todo el personal, actitudes de respeto y consideración hacia la personalidad del paciente;
- h) Asegurar a los pacientes un absoluto respeto a sus creencias permitiendo los servicios religiosos de cualquier confesión;
- i) Adoptar las medidas necesarias a fin de que el establecimiento bajo su dirección reúna los requisitos exigidos por las autoridades;
- j) Controlar las condiciones de saneamiento, higiene y limpieza de cada dependencia del establecimiento, así como las condiciones de presentación y comportamiento higiénico del personal;
- k) Velar porque el establecimiento cuente con los equipos e instrumental necesarios para su eficaz desempeño y de que se mantengan en correctas condiciones de utilización;
- l) Adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen historias clínicas de los pacientes y que se utilicen en las mismas los nomencladores de morbilidad y mortalidad establecidos por las autoridades sanitarias;
- m) Adoptar las medidas necesarias para una adecuada conservación y archivo de las historias clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional;
- n) Denunciar de inmediato a las autoridades todo caso confirmado de sospechoso de

enfermedad de carácter infectocontagioso susceptible de comprometer la salud pública local y/o la del lugar de procedencia del paciente, debiendo adoptar, además, las medidas necesarias para evitar su propagación;

- a) Denunciar a la autoridad policial o judicial, hechos y/o actos que pudiesen tener carácter delictuoso;
- p) Efectuar la correspondiente denuncia y recabar la intervención policial cuando se produzcan accidentes de trabajo del personal del establecimiento.

Art. 41.— La Universidad de Buenos Aires comunicará a la Secretaría de Estado de Salud Pública cuáles son las materias básicas de los cursos de medicina y odontología que los estudiantes deben tener aprobados para poder ser considerados practicantes.

Los directores de los establecimientos asistenciales deberán exigir que los interesados acrediten su condición de practicantes, previo a la autorización o nombramiento para desempeñar tales tareas en la institución bajo su dirección y, asimismo, de que las desarrollen dentro de los límites de su autorización.

Art. 42.— Sin reglamentación.

Art. 43.— Sin reglamentación.

Art. 44.— A los efectos del inc. d), la Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 45.— Para inscribir sus títulos o certificados habilitantes y obtener la matriculación los interesados deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Título o revólida debidamente legalizado;
- b) comprobante de su identidad (libreta cívica, libreta de enrolamiento, cédula de identidad);
- c) Certificado de domicilio expedido por la Policía Federal; y registrar su firma en la Secretaría de Estado de Salud Pública.

En los casos que los organismos competentes de la Secretaría de Estado de Salud Pública lo crean conveniente podrán solicitar fotocopia autenticada del título original y recabar los antecedentes y verificaciones que estimen necesarias al organismo otorgante del título.

La Secretaría de Estado de Salud Pública organizará y llevará los registros de matrículas, adecuándolas a las necesidades que la misma determine.

Cuando el recurrente por demoras en la obtención de su diploma sólo pueda presentar certificados acreditando los estudios realizados, la Secretaría de Estado de Salud Pública podrá inscribirlo en la matrícula con carácter provisorio por no más de 180 días, en cuyo lapso el

inscripto deberá presentar el diploma habilitante.

Art. 46.— De acuerdo a la forma del ejercicio de su actividad los colaboradores deberán:

En los casos del inc. a): Solicitar la habilitación del local;

En los casos del inc. b): Solicitar la autorización con la conformidad del profesional;

En los casos del inc. c): Solicitar la autorización con la conformidad del director del establecimiento;

En los casos del inc. d): Solicitar la autorización con la conformidad del propietario del Establecimiento.

Art. 47.— Los colaboradores que tengan el ejercicio privado autorizado deberán llevar un libro registro de asistidos, encuadernado, foliado, donde deberán consignar en forma legible, sin dejar espacios en blanco ni alterar el orden cronológico de los asientos, sin enmiendas ni raspaduras, los datos de identificación de los asistidos, fecha de alta y baja, diagnósticos y profesionales que lo envía si así correspondiera y tratamiento efectuado y si otras disposiciones de la ley no establecieran normas especiales.

Art. 48.— Sin reglamentación.

Art. 49.— Sin reglamentación.

Art. 50.— Las obstétricas deberán exigir a toda mujer que asistan en su embarazo, en el lapso comprendido entre el séptimo y octavo mes del mismo, un certificado de médico especialista en obstetricia que acredite que se trata de un embarazo normal. Dicha constancia deberá ser asentada en su libro registro de asistidos y el certificado archivado para ser exhibido a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública cuando le sea requerido.

Les está permitido a las obstétricas y/o parteras:

- a) Ordenar la realización de análisis de orina con el único fin de descartar la evolución patológica;
- b) Practicar el cateterismo vesical y enemas;
- c) Practicar punción de las membranas cuando las condiciones generales o locales lo requieran, siempre que la dilatación del cuello sea completa o casi completa (7 a 8 cm), la presentación del vértice encajada y la pelvis normal;
- d) Practicar por razón de urgencia la punción de las membranas con dilatación incompleta, en el solo caso de placenta previa marginal o lateral con hemorragia en el acto, siempre que se trate de una presentación longitudinal y el segmento de las membranas sea fácilmente accesible; debiendo requerir de inmediato el concurso del médico especializado en obstetricia;

- e) Practicar la ligadura y sección del cordón umbilical;
- f) Practicar la expresión del útero retraído durante el período de alumbramiento, siempre que la placenta esté desprendida y descendida atravesando el cuello uterino dilatado;
- g) Practicar durante el embarazo los tratamientos vaginales prescritos por el médico;
- h) Practicar la episiotomía y su sutura. La sutura de la vagina debe quedar reservada para el médico;
- i) Practicar el taponamiento vaginal en caso de gran hemorragia, debiendo requerir el inmediato concurso médico;
- j) Practicar medicaciones de urgencia, como ser: inyecciones de tónicos cardíacos, analépticos o estimulantes cardiocirculatorios;
- k) Practicar inyecciones de ocitócicos en los casos de atonía *postpartum*, previa expresión del útero para provocar la expulsión de los coágulos.
Prohíbese a las parteras y/o obstétricas:
- a) Analizar tratamientos de afecciones de la patología ginecológica;
- b) Interrumpir la gestación por cualquier razón, provocando el aborto;
- c) Practicar o completar los dos últimos tiempos de parto en pelviana, descenso de los brazos y extracción de la cabeza, salvo en los casos en que haya expulsión del tronco fetal y/o no se cuente con concurso médico;
- d) Practicar la extracción digital o instrumental o expulsión del huevo muerto;
- e) Reducir el útero retroverso o prolapsado;
- f) Aplicar pesarios en úteros vacíos u ocupados;
- g) Reducir miembros procidentes;
- h) Corregir presentaciones desviadas;
- i) Hacer versiones por maniobras internas o mixtas, tanto en feto vivo o muerto, cualquiera fuese el estado de la madre;
- j) Efectuar alumbramientos manuales o artificiales para extraer todo o parte de los anexos retenidos, pudiendo hacerlo únicamente cuando la vida de la enferma esté en peligro y el concurso médico tarde en llegar;
- k) Reducir manual o instrumentalmente el cordón procedente o prolapsado pulsátil, pudiendo hacerlo únicamente cuando no haya posibilidad de hallar un médico;
- l) Hacer tentativas de dilatar el cuello, aun con el fin de facilitar el parto, salvo por indicación médica;
- m) Practicar en cualquier caso el raspaje del útero;

- n) Practicar irrigaciones endouterinas, aunque exista prescripción médica;
- o) Cortar el frenillo lingual;
- p) Efectuar ninguna clase de curaciones en vagina o cuello uterino en enfermas portadoras de lesiones ginecológicas, no embarazadas.

Art. 51.— Las obstétricas o parteras deberán solicitar la habilitación de su consultorio privado ante la Secretaría de Estado de Salud Pública.

En los casos de ejercer en instituciones asistenciales deberán solicitar la pertinente autorización con la conformidad del director de la institución.

Ante la comprobación de la existencia de instrumental médico que no haga a los fines estrictos de su actividad, podrá la Secretaría de Estado de Salud Pública proceder a adoptar las medidas precautorias de vigilancia y/o denunciar ante la justicia la posible comisión de delitos.

Art. 52.— Sin reglamentación.

Art. 53 a 57.— (Los arts. 53 a 57 de la ley 17.132 fueron derogados por la ley 24.317: B.O. 30/5/95).

Art. 58 a 61.— (Los arts. 58 a 61 de la ley 17.132 fueron derogados por la ley 24.004: B.O. 28/10/91).

Art. 62.— Sin reglamentación.

Art. 63.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 64.— Le está permitido al terapeuta ocupacional:

1. Efectuar tratamiento para la recuperación de las funciones físicas y/o mentales ya evaluadas o en vías de evaluación para la readaptación del paciente a su ambiente familiar, social y de trabajo; por medio de actividades laborales, artísticas, recreativas o sociales.

2. Realizar evaluaciones de:

- a) La función sensomotriz;
- b) Función previa y posterior del equipamiento ortésico y protésico;
- c) Grado de independencia personal;
- d) Capacidad laboral.

3. Seleccionar la o las actividades más adecuadas para el logro de los objetivos especificados por la prescripción médica, eligiendo artesanías, trabajos en la industria o el comercio, tareas de oficina, ocupaciones agrícolas, actividades artísticas, quehaceres domésticos, juegos y recreaciones y prácticas de convivencia social.

4. Colaborar en la adaptación de los pacientes crónicos a su medio familiar o institucional, procurando la máxima utilización de sus facultades remanentes.

5. Indicar a los familiares del paciente la forma que debe adquirir su colaboración para contribuir al tratamiento ocupacional en el hogar y a la mejor adaptación física y/o psíquica del paciente a su ambiente.

6. Acompañar al paciente en sus salidas fuera del ámbito hospitalario o del hogar, contribuyendo a su integración progresiva a la comunidad.

Les está prohibido a los terapeutas ocupacionales:

1. Suspender o dar por finalizado el tratamiento sin la debida autorización médica.

2. Utilizar kinesioterapia o fisioterapia.

3. Utilizar test psicométricos en las evaluaciones.

Art. 65.— Sin reglamentación.

Art. 66.— Los ópticos técnicos no podrán efectuar publicaciones sobre presuntas ventajas de orden científico ni inducir a engaño sobre tratamientos y corrección de afecciones oculares. Sólo podrán efectuar publicaciones sobre las ventajas estéticas o técnicas ya comprobadas.

Los ópticos directores técnicos y los titulares de los establecimientos de óptica serán responsables del incumplimiento de las normas precedentes.

Queda prohibida toda publicidad por parte de personas no habilitadas en relación a la actividad de óptica técnica.

Art. 67.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 68.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará el petitorio mínimo de aparatos, útiles y cristales de que deberán estar dotadas las casas de óptica para obtener su habilitación.

El óptico técnico será personalmente responsable de la calidad de los lentes que expenda, los que deberán estar ajustados a las condiciones que fije la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 69.— El óptico técnico sólo podrá actuar por prescripción médica, la que deberá ajustarse a las siguientes condiciones:

a) Para anteojos correctores:

1. Expresar las fórmulas ópticas para cada ojo.

2. Estar formuladas en castellano.

3. No contener signos o claves especiales que no puedan ser interpretadas por cualquier óptico técnico.

b) Para anteojos correctores:

1. Diagnóstico de la ametropía. En caso de queratocono consignar el grado del mismo;

2. Visión óptima para cada ojo tomada en

escala internacional consignando la fórmula de cada cristal;

3. Distancia al vértice usada;

4. Radios de curvatura mayor y menor de cada córnea (área óptica);

5. Radio de curvatura base o de apoyo elegida para cada lente (consignándola en dioptrías o milímetros) y su poder dióptrico correspondiente, previa deducción de la distancia al vértice;

6. Diámetro aproximado para cada lente y tipo de biselación marginal;

7. Tipo de material a emplearse: filtrante, polarizado, etcétera.

Las prescripciones de lentes de contacto deberán estar formuladas en castellano y no contener signos o claves que no puedan ser interpretadas por cualquier óptico técnico especializado en lentes de contacto.

El óptico técnico una vez confeccionado el lente de contacto deberá enviar el paciente al médico, a los efectos del control de la adaptación, refracción global, etc., debiendo ser éste quien otorgue la autorización final para su uso.

Art. 70.— La secretaría de Estado de Salud Pública fijará las condiciones a que deberán ajustarse los establecimientos de óptica para obtener su habilitación, los que deberán disponer como mínimo de un local destinado a despacho al público y otro destinado a taller.

El expendio y adaptación de lentes de contacto sólo podrá efectuarse en establecimientos dedicados a tal fin.

En el caso de que un establecimiento de óptica se dedique al expendio de lentes correctores y lentes de contacto, los locales dedicados a las respectivas actividades deberán ser totalmente independientes, y ajustarse a lo que la Secretaría de Estado de Salud Pública específicamente determine.

Las solicitudes de habilitación correspondientes deberán ser acompañadas de los elementos que permitan la individualización de los propietarios o socios en su caso; de los planos del local; de la declaración jurada en la que manifiesten poseer todos los elementos exigidos en el petitorio que fije la Secretaría de Estado de Salud Pública, así como los datos personales del óptico técnico que estará al frente de la misma.

Una vez otorgadas las habilitaciones a que se alude en los párrafos precedentes no se podrá introducir modificación alguna en la distribución de los locales sin autorización previa de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

En los establecimientos de óptica deberá exhibirse el título del óptico director técnico de la misma, con la constancia de su matriculación, y en el frente del local anunciarse su nombre con el número de matrícula y de habilitación.

Iguales leyendas se imprimirán en los papeles comerciales y de propaganda.

En los establecimientos de óptica deberán llevarse libros sellados y rubricados por la Secretaría de Estado de Salud Pública, destinados a lentes de contacto, lentes correctores y prótesis oculares; en los cuales se anotarán en cada caso, certificados con la firma del óptico director técnico, la naturaleza de los trabajos, el nombre del médico que lo prescribió y la fecha de entradas y salidas.

Las prescripciones médicas después de asentadas en el correspondiente libro recetario, serán devueltas al paciente firmadas, fechadas y selladas, con excepción de las prescripciones de lentes de contacto, las que deberán ser retenidas por el óptico técnico.

Los libros mencionados y las prescripciones de lentes de contacto, serán puestos a disposición y exhibidos a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública a su requerimiento.

Los ópticos directores técnicos de establecimientos de óptica están obligados a permanecer en la misma durante todo el horario de atención al público.

Queda prohibido a los establecimientos de lentes correctores:

- a) La existencia en los mismos de todos aquellos elementos que puedan emplearse para prescribir anteojos correctores, tales como muestras de prueba, tablas optométricas, cartillas de lectura con escalas graduadas, fotóforos oftalmológicos, esquiascopios, oftalmoscopios, queratómetros, lámparas de hendidura, cámaras oscuras o habitaciones destinadas a tal fin;
- b) La tenencia de anteojos correctores de cualquier tipo que no estén acompañados por la respectiva receta médica, con excepción de los que se hubiesen entregado para composturas, y siempre que el estado de los cristales permita conocer exactamente su valor dióptrico, posición de los ejes y demás características técnicas de los mismos;
- c) La tenencia de cajas de probines de prueba, la que puede ser sustituida por el frontofocómetro o lensómetro;
- d) Prescribir, administrar, elaborar o despachar colirios u otros medicamentos, cualquiera fuese su fórmula farmacéutica. Sólo podrán utilizarse y/o despacharse las soluciones para limpieza y/o conservación de los cristales.

Art. 71.— Considérase óptico técnico especializado en lentes de contacto a aquellas personas que, además de título hayan aprobado cursos de especialización reconocidos por las Escuelas de Salud Pública o acrediten ha-

ber cursado en su carrera las materias inherentes a tal especialidad.

La Secretaría de Estado de Salud Pública reconocerá a los ópticos técnicos en tales condiciones como "ópticos técnicos especializados en lentes de contacto", reservando la denominación de "contactólogos" para los médicos oftalmólogos que hayan aprobado la especialidad en curso idóneo de posgraduados, de acuerdo a lo que oportunamente dispongan y autoricen las autoridades.

Art. 72.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará las condiciones y elementos de que deberán estar dotados los establecimientos de óptica dedicados a lentes de contacto, teniendo en cuenta lo determinado en el art. 70.

Ningún establecimiento de óptica podrá anunciar la confección y adaptación de lentes de contacto si no cuenta con la pertinente habilitación de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 73.— En todos los casos los ópticos técnicos deberán solicitar la pertinente autorización a la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Art. 74 a 78.— (De la ley 17.132): derogados por la ley 23.752: B.O. 13/10/89.

Art. 79 a 82.— (Los arts. 79 a 82 de la ley 17.132 fueron derogados por la ley 24.301: B.O. 10/1/94).

Art. 83.— Sin reglamentación.

Art. 84.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 85.— Los auxiliares de radiología:

a) En radiología pueden:

1. Efectuar las indicaciones a los pacientes referentes a la correcta posición a adoptar para la obtención de las radiografías.

2. Efectuar los disparos para la obtención de las radiografías.

3. Efectuar la carga de chasis radiográfica, las labores de cámara oscura (revelado, fijado, secado de películas radiográficas), la preparación de las soluciones utilizadas en los procesos y el cuidado y/o conservación de las pantallas reforzadoras y el material de uso en radiología.

4. Administrar sustancias de contraste habituales por vía oral

Les está prohibido:

1. Realizar estudios radioscópicos.

2. Informar el resultado de las radiografías.

3. Administrar sustancias de contraste no habituales o por otras vías que las expresamente autorizadas.

b) En radioterapia convencional (rayos X) y en teleterapia (bombas de cobalto y cesio),

podrán:

1. Irradiar a los pacientes, previa planificación de los tratamientos y marcación sobre la piel de los mismos del o los campos de entrada, de acuerdo con las indicaciones técnicas que recibirán por escrito del profesional responsable.

Les está prohibido efectuar ninguna irradiación si no se satisfacen todos los requisitos indicados en el punto anterior.

c) En radiumterapia (fuentes corpusculares, tubos y agujas de radio 226 y cobalto 60), podrán:

1. Preparar las fuentes para su posterior aplicación por parte del médico.

2. Esterilizar las fuentes.

Les está prohibido:

1. Realizar aplicaciones a los pacientes.

2 Retirar al finalizar el tratamiento las fuentes aplicadas a los pacientes.

d) En la utilización de otros tipos de fuentes radiactivas que las mencionadas en los puntos b) y c), podrán:

1. Efectuar mediciones con equipos detectores de radiación siguiendo las indicaciones del profesional responsable.

Les está prohibido:

1. Administrar sustancias radiactivas por cualquier vía o efectuar aplicaciones externas con tales sustancias.

2. Efectuar ningún tipo de manipulación con sustancias radiactivas, salvo especialización adicional.

Art. 86.— La Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará el desempeño de los auxiliares de radiología como colaboradores de médicos u odontólogos habilitados cuando se acredite que el profesional ejercerá el control directo de la actividad de los mismos. A tal fin deberán solicitar la correspondiente autorización con el refrendo del profesional.

Art. 87.— Sin reglamentación.

Art. 88.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 89.— Les está permitido a los auxiliares de psiquiatría realizar test psicométricos y entrevistas para obtener antecedentes e informaciones socioambientales de los pacientes.

Les está prohibido efectuar diagnósticos, pronósticos y/o tratamientos.

Art. 90.— La Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará el desempeño de los auxiliares de psiquiatría como colaboradores de médico especialista habilitado cuando se acredite que el médico ejercerá el control directo de la actividad de los mismos. A tal fin deberán solicitar la correspondiente autorización con el refrendo del profesional.

Art. 91.— (El art. 91 de la ley 17.132 fue derogado por la ley 23.277: B.O. 15/11/85).

Art. 92.— Sin reglamentación.

Art. 93.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 94.— Les está permitido a los auxiliares de laboratorios, bajo supervisión y control directo del profesional colaborar en las tareas técnicas del laboratorio, en la preparación del material y en la limpieza y conservación del instrumental. Bajo ningún concepto podrán suscribir informes o cualquier otra documentación relacionada con los exámenes efectuados ni realizar tareas de control de reactivos o de métodos o microscopía diagnóstica.

Art. 95.— La secretaría de Estado de Salud Pública autorizará el desempeño de los auxiliares de laboratorio como colaboradores de profesional habilitado con laboratorio autorizado cuando se acredite que el profesional ejercerá el control directo de la actividad de los mismos. A tal fin deberán solicitar la correspondiente autorización con el refrendo del profesional.

Art. 96.— Sin reglamentación.

Art. 97.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 98.— Les está permitido a los auxiliares de anestesia:

1. La preparación del material para anestesia.
2. La limpieza, esterilización y cuidado de los aparatos para anestesia y el material de trabajo de esa especialidad.
3. La preparación e identificación de soluciones anestésicas o vinculadas al acto anestésico.
4. Secundar al médico anestesista en la recepción del paciente, en la inducción de la anestesia, en su mantenimiento y recuperación.
5. La vigilancia del paciente en la sala de recuperación y/o terapia intensiva.

Les está prohibido:

1. Realizar la vigilancia o el contralor de las funciones de pacientes anestesiados, inconscientes o deprimidos por efecto de los fármacos empleados en la anestesia.
2. Administrar anestésicos.

Art. 99.— La Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará el desempeño de los auxiliares de anestesia cuando se acredite que el médico ejercerá el control directo de la actividad de los mismos. A tal fin deberán solicitar la correspondiente autorización con el refrendo del profesional.

Art. 100.— Sin reglamentación.

Art. 101.— Sin reglamentación.

Art. 102.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 103.— Les está permitido a los fonoaudiólogos:

A) El examen de la voz, la palabra y lenguaje por medio de:

1. Interrogatorios.
2. Examen de la palabra (espontánea, a la repetición, a la lectura, en el relato, del fonema, la sílaba y la palabra).
3. Determinación de la altura y extensión vocal.
4. Estudio de la posición de la laringe en reposo y durante la emisión vocal.
5. Medición de los diámetros torácicos.
6. Espirometrías.
7. Determinación de la pérdida nasal de aire durante la emisión de la palabra.
8. Estudio del tiempo de retención del aire de emisión de vocales y sonidos.
9. Estudio de la coordinación fonoespiratoria.

B) El examen de la función auditiva (audiometría tonal, logaudiometría en sus diferentes modalidades); la selección de audífonos y la obtención de moldes auriculares para los mismos.

C) Enseñar y controlar ejercicios de rehabilitación de la voz, el habla y el lenguaje y realizar el adiestramiento auditivo de los hipoacúsicos.

Les está prohibido a los fonoaudiólogos:

- a) Efectuar exámenes cuya técnica corresponde al médico;
- b) Realizar maniobras endoscópicas;
- c) Efectuar diagnósticos o pronósticos;
- d) Efectuar indicaciones terapéuticas fuera de las expresamente autorizadas.

Art. 104.— La Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará el desempeño de los fonoaudiólogos cuando se acredite que el médico ejercerá el control directo de la actividad de los mismos. a tal fin deberán solicitar la correspondiente autorización con el refrendo del profesional.

Art. 105.— Sin reglamentación.

Art. 106.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 107.— Les está permitido a los ortópticos:

- a) Comprobar la agudeza visual;
- b) Enseñar y hacer practicar exclusivamente ejercicios destinados a corregir el estrabismo y la ambliopía. Podrán utilizar los aparatos destinados a estos fines (sinostoscopio; ambioscopio; escala de prismas; escala para la agudeza vi-

sual; escala tangente de Maddox; varilla de Maddox; visuscops; proyectorscops; entiscops; pantalla de Lancaster; intervalómetro o similares).

Les está prohibido a los ortópticos: realizar actos sobre el órgano de visión del paciente que impliquen exámenes con fines de diagnóstico, prescripción y/o tratamiento fuera de lo expresamente autorizado.

Art. 108.— La Secretaría de Estado de Salud Pública autorizará el desempeño de los ortópticos cuando se acredite que el médico ejercerá el control directo de la actividad de los mismos. A tal fin deberán solicitar la correspondiente autorización con el refrendo del profesional.

Art. 109.— Sin reglamentación.

Art. 110.— Sin reglamentación.

Art. 111.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 112.— En las campañas de vacunación mediante antígenos inyectables, las visitadoras de higiene podrán ser autorizadas a realizar inyecciones subcutáneas e intramusculares con la finalidad de obtener inmunización, debiendo actuar en todos los casos por orden expresa y bajo supervisión y control médico.

Art. 113.— Sin reglamentación.

Art. 114.— Sin reglamentación.

Art. 115.— Sin reglamentación.

Art. 116.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 117.— Los técnicos en órtesis y prótesis podrán:

- a) Tomar moldes y medidas;
- b) Elaborar y/o dar formas al cono de enchufe o al aparato prescripto;
- c) Alinear estáticamente y duplicar.

Les está prohibido introducir modificaciones a la indicación protésica recibida.

El técnico en órtesis y prótesis sólo podrá actuar con prescripción médica, la que deberá ajustarse a los siguientes requisitos:

- a) Estar formuladas en castellano;
- b) No contener signos o claves que no puedan ser comprendidos por cualquier técnico en órtesis y prótesis;
- c) Estar debidamente fechadas y firmadas por el médico.

En las prescripciones o indicaciones protésicas deberán hacerse constar:

- a) El nombre y apellido, edad y sexo del paciente;
- b) Diagnóstico de la lesión, causa y fecha de iniciación de la misma;
- c) Si el paciente ha utilizado anteriormente

aparatos ortésicos o protésicos, tipo del mismo y tiempo de uso;

- d) Tipo de órtesis o prótesis a construir;
- e) Suspensión a utilizar;
- f) Forma del cono de enchufe o adaptación;
- g) Angulaciones iniciales a dar;
- h) Indicaciones para la alineación estática y método a utilizar para la alineación dinámica;
- i) Componente a utilizar, tipo de articulaciones o aparatos terminales;
- j) Especificación de los materiales a utilizar (madera, aluminio, plásticos o similares);
- k) Objetivos perseguidos (tareas futuras previstas desarrollar por el paciente, condiciones y función deseada).

Las pruebas de la órtesis y prótesis que consistan en adaptación clínica y acabado cosmético dinámico deberán ser realizadas en presencia del médico que la prescribió, debiendo ser éste quien otorgue la autorización final para su uso.

Los técnicos en órtesis y prótesis deberán llevar un libro sellado y rubricado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, donde consignarán por orden cronológico los trabajos recibidos para su ejecución, naturaleza de los mismos, nombre del profesional que lo indicó, datos de identificación del paciente y fecha de entrada y salida.

La receta protésica deberá ser archivada por el técnico en órtesis y prótesis acompañada de la autorización para el uso, firmada por el médico, por un lapso no inferior a 2 años.

El libro rubricado y las recetas archivadas deberán ser exhibidas a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública a su requerimiento.

Art. 118.— Los técnicos en órtesis y prótesis que realicen actividad privada deberán solicitar la habilitación del local a la Secretaría de Estado de Salud Pública, la que fijará las condiciones mínimas a exigir.

En el exterior de los locales deberá figurar el nombre completo del técnico ortesista y protesista, el título correspondiente y el número de matrícula.

Art. 119.— Sin reglamentación.

Art. 120.— Sin reglamentación.

Art. 121.— Sin reglamentación.

Art. 122.— La Secretaría de Estado de Salud Pública fijará los requisitos que deberán cumplir las escuelas para obtener el reconocimiento de los títulos que expidan.

Art. 123.— Les está permitido a los técnicos en calzado ortopédico:

- a) Tomar moldes y medidas;
- b) Elaborar y/o dar forma a las hormas en calzado ortopédico;

- c) Adaptar estática y dinámicamente.
Les está prohibido:
 - a) Introducir modificaciones en la prescripción médica recibida;
 - b) Anunciarse con otras denominaciones que no sea "técnico en calzado ortopédico".
- Las pruebas del calzado ortopédico que consistan en adaptación estática y adaptación dinámica deberán ser realizadas en presencia del médico que lo prescribió, debiendo ser éste

quien otorgue la autorización final para su uso. Los técnicos en calzado ortopédico deberán llevar un libro sellado y rubricado por la Secretaría de Estado de Salud Pública donde consignarán por orden cronológico los trabajos recibidos para su ejecución, naturaleza de los mismos, nombre del profesional que lo indicó, datos de identificación del paciente y fecha de entrada y salida.

Art. 124 al 141.— Sin reglamentación.

Martes 30 de octubre de 1990 - pág. 2

ARTE DE CURAR
Ley Nº 23.873
Modificase la Ley Nº 17.132
Sancionada: Setiembre 28 de 1990.
Promulgada: Octubre 24 de 1990.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Art. 1º.— Reemplázase el texto del artículo 21 de la ley 17.132 por el siguiente:

"Artículo 21: Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la medicina deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación de designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 4 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;

- b) Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por Universidad nacional o privada reconocida por el Estado;

- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;

- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias

- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de (tres) 3 años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años y podrá ser revalidada cada

(cinco) 5 años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad y una entrevista personal o examen de competencia de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especializado reconocidas, actualizada periódicamente con la participación de las universidades de instituciones reconocidas.

El Ministerio de Salud y Acción Social, a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente".

Art. 2º.— Reemplázase el texto del artículo 31 de la ley 17.132 por el siguiente:

"Artículo 31: Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la odontología, deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos; y examen de competencia;

- b) Poseer título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad nacional o privada reconocida por el Estado;

- c) Ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad;

- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad reconocida a tal

EJERCICIO LEGAL E ILEGAL DE LA MEDICINA

efecto por la autoridad de aplicación, de acuerdo a las condiciones reglamentarias;

e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor de tres años, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años y podrá ser revalidada cada (cinco) 5 años mediante acreditación, durante ese lapso, de antecedentes que demuestren continuidad en la especialidad, y una entrevista personal o examen de competencia, de acuerdo a la reglamentación.

La autoridad de aplicación elaborará una nómina de especialidades reconocidas, actualizadas periódicamente con la participación de las universidades e instituciones reconocidas.

El Ministerio de Salud y Acción Social a través del organismo competente, llevará un registro de especialistas, actualizado permanentemente".

Art. 3º.— Comuníquese al Poder Ejecutivo. — Alberto R. Pierri — Eduardo Menem — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo — Hugo R. Flombaum.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIOCHO DÍAS DEL MES DE SETIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA.

Decreto 2.237/90

Bs. As., 24/10/90

POR TANTO:

Téngase por Ley de la Nación Nº 23.873, cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Duhalde — Alberto A. Kohan.

LIBRO III

RESPONSABILIDAD MÉDICA

José A. Patitó

1. INTRODUCCIÓN - ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Este es uno de los capítulos más importantes de la especialidad pues, hoy es para algunos, sinónimo de Medicina Legal como lo era años atrás respecto de la muerte. Ha motivado un sinnúmero de artículos y libros, así como, la realización de jornadas, congresos, simposios y cursos.

El hombre como "ser en el mundo" es:

RESPONSABLE

de sus actos y omisiones siendo la razón de esa responsabilidad.

la LIBERTAD de su voluntad y

la CONCIENCIA de sus hechos.

Los actos médicos son actos humanos y como tales llevan implícitos una cuota de FALIBILIDAD. En esa línea de ideas. Gregorio Marañón decía que "siempre cabe aceptar un margen de inconvenientes y peligros derivados de errores del médico como un hecho fatal, como se acepta la enfermedad misma".

A través de la historia, la responsabilidad del médico fue admitida y prevista en las legislaciones desde la antigüedad. Hamurabi, virtual fundador del Imperio Babilónico, que reinó desde 1728 hasta 1686 A.C. realizó la recopilación de leyes que hoy se conocen como el CODIGO DE HAMURABI. En este Código, grabado sobre un bloque de basalto de 2.25 m. de alto por 1.90 m. de base y en escritura cuneiforme, encontramos referencias a la responsabilidad médica como las siguientes:

... "si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos..." ... "si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce e hizo morir al esclavo de un muskenun dará otro esclavo equivalente". "Si operó una catarata con el bisturí de bronce y ha destruido su ojo, pagará en plata la mitad de su precio."...

En Egipto había colegios secretos y se debía actuar acorde a las reglas y fórmulas establecidas incurriendo en falta, si no se observaban esas normas.

En Roma, la relación médico-enfermo era un arrendamiento de servicios bajo la forma de contrato consensual no exigiéndose formalidades específicas para su perfección.

Dos procesos publicitados en Francia en el siglo XIX sentaron las pautas de valoración de la actividad profesional y son orientadoras en la actualidad en esta temática:

En el primer caso, el Dr. Helie — 1825 — fue llamado a atender su parto distócico con presentación de hombro; al encontrarse con el brazo derecho fuera de la vulva lo amputó sin intentar ninguna maniobra correctora. Al presentarse de inmediato el otro brazo en igual forma procedió también a amputarlo.

Concluido el parto, el padre del recién nacido denunció el hecho ante el tribunal de Domfront el cual, previo dictamen de la Academia de Medicina, sentenció que el médico había actuado "imprudentemente y con una precipitación increíble no habiendo intentado ninguna maniobra obstétrica ni llamado a consulta" y condenándolo a pagar una indemnización vitalicia al menor.

El segundo caso ocurrió en 1832. El Dr. Thouret Noroy había practicado una sangría, detenida la hemorragia, colocó un vendaje, formándose con posterioridad una *tumoración dolorosa*. Al regresar, el médico dispuso la aplicación de pomadas locales, pero el paciente empeoró, negándose luego el profesional a volver a examinarlo. Otro médico diagnosticó aneurisma arteriovenoso con lesión de la arteria braquial; a pesar de las ligaduras de infección gangrenosa desencadenada fue determinante de la amputación del brazo. Entablada la acción judicial el tribunal sentenció que había existido "impericia, negligencia grave, falta grosera, y olvido de las reglas elementales" y codenó al médico al pago de una indemnización vitalicia. El fallo fue confirmado por el Tribunal de Casación ante el cual pronunció el fiscal Dupin su famoso dictamen que entre otros argumentos sostenía: "...queda a cargo del juez, en cada caso, determinar cuándo alguien debe ser considerado responsable de un acto cometido en el ejercicio de su profesión... Para que haya responsabilidad civil no es necesario buscar si existió intención; basta que haya habido negligencia, imprudencia, impericia grosera, y por lo tanto inexcusable".

Para Laccasagne la responsabilidad médica es "la obligación de los médicos de asumir las consecuencias de los hechos originados en el ejercicio de su arte" por su culpa conceptuando a ésta como la "NO PREVISION del resultado de un acto no deseado pero SI PREVISIBLE". Por lo tanto para este autor, hay culpa cuando el médico —por acción u omisión— se desempeña con IMPRUDENCIA TEMERARIA O NEGLIGENCIA cometiendo una falta grave por la que se provoca un daño o la muerte.

Por su parte Jimenez de Asua dice que "el médico que precipitadamente aplica métodos aún no comprobados, o que descuida por prisa o pereza, las debidas precauciones, y, el ignorante, deben ser responsables".

2. CONCEPTO

La responsabilidad médica es la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina de responder por las consecuencias derivadas de su actuación profesional.

Es una variedad de la responsabilidad profesional conceptuándose como consecuencia, a todos los daños en el cuerpo o en la salud o la muerte de los pacientes que estaban bajo la asistencia médica.

Ateniéndose a la concepción jurídica y genérica que divide a las obligaciones en obligaciones de MEDIOS y obligaciones de RESULTADOS, la OBLIGACION DEL MEDICO ES DE MEDIOS y no de RESULTADOS. El médico tiene el compromiso de poner todo el empeño y la técnica al servicio del paciente. Repetidamente la jurisprudencia ha sostenido que "el médico contrae una obligación de medios, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder en favor de la salud del enfermo", excepto en Cirugía Plástica y Anatomía Patológica en las que la obligación es de resultados.

Bajo esta óptica, la relación médico-paciente es de carácter **CONTRACTUAL**, no obstante el hecho de que el paciente no haya contratado directamente sus servicios o que estos fueren gratuitos. Es responsable por las consecuencias dañosas que deriven de la mala realización de esta labor, correspondiéndole al paciente demostrar la culpa en el acto médico y el daño que le hubiere provocado ese accionar.

Existe otra forma de relación, llamada **EXTRACONTRACTUAL** que se da cuando, por ejemplo, un médico atiende a un paciente accidentado en la vía pública o en otras situaciones de emergencia, en que **NO EXISTE** una obligación previamente pactada pero sí, un deber de cuidado.

3. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO. IATROGENIA. DELITOS DOLOSOS. ESTADO DE NECESIDAD.

La responsabilidad médica es **CULPOSA** y como tal debe diferenciársela de otros hechos que, si bien transcurren y son consecuencia de la actividad profesional, por sus características no deben ser incluidos bajo este concepto ya que las consecuencias jurídicas son otras.

En el siguiente cuadro se exponen las situaciones que deben diferenciarse de la *responsabilidad médica* propiamente dicha:



a) Elementos constitutivos de la responsabilidad médica

Nerio Rojas en la obra "Medicina Legal" expone con singular claridad los *elementos* que hacen a la responsabilidad profesional. Deberá demostrarse su concurrencia en forma fehaciente puesto que la ausencia de uno de ellos hace decaer toda forma de responsabilidad.

Los *elementos* que configuran la responsabilidad profesional son:

1. Autor
2. Acto Médico
3. Elemento Subjetivo
4. Elemento Objetivo
5. Relación de causalidad directa

1. Autor:

es el profesional que ejerce la medicina en las condiciones estipuladas en la ley del ejercicio profesional

2. *Acto médico:*

esta circunstancia es decisiva porque debe tratarse de una acción efectuada como médico cuando en tal carácter asiste a un paciente.

3. *Elemento subjetivo:*

este elemento consiste en la demostración de "culpa" por parte del médico.

El carácter distintivo de la culpa es la falta de previsión de las consecuencias del acto por parte de una persona con capacidad de previsión. El caso contrario sería un accidente excusable. La culpa médica exige la demostración de IMPERICIA, IMPRUDENCIA, NEGLIGENCIA O INOBSERVANCIA DE LOS DEBERES Y REGLAMENTOS DE UN CARGO.

Esa "culpa" ha de ser grave, inexcusable. El médico debe contar con los conocimientos necesarios, básicos o sea que debe actuar con pericia. La carencia de esos conocimientos constituye la *IMPERICIA*.

Se necesita también actuar con moderación, sin excesos, sin temeridad y sin soberbia o sea con prudencia. El actuar con apresuramiento, sin tomar las previsiones que el caso requiere constituye la *IMPRUDENCIA*.

NEGLIGENCIA es no hacer lo que se debió hacer, o sea actuar en menos. El médico debe actuar con celo y vigilancia en el cuidado de su enfermo.

Se incurre en *INOBSERVANCIA DE LOS DEBERES Y REGLAMENTOS DE UN CARGO* cuando el médico no cumple con la obligación de controlar el cumplimiento de las tareas que le asignó al personal auxiliar y paramédico, en lo que concierne al cuidado y atención de los pacientes.

4. *Elemento objetivo:*

Consiste en el perjuicio causado al paciente. Este perjuicio consiste en daños en el cuerpo o en la salud o en la muerte del paciente o sea en la producción de lesiones u homicidio, ambos de carácter culposos. Esta valoración es de carácter penal habiendo otra valoración civil, de tipo económico, por la cual los damnificados podrán solicitar una reparación económica de acuerdo al perjuicio producido.

5. *Relación causal:*

Para que haya responsabilidad —civil o penal— debe quedar bien demostrado que el perjuicio —lesiones o muerte— es la consecuencia *DIRECTA* del acto profesional.

La demostración del vínculo entre el acto médico y las lesiones o muerte del paciente es la condición imprescindible para que exista responsabilidad. A esta determinación se llega a través de la labor técnica pericial realizadas por los profesionales designados por el juez a tal efecto.

b) Iatrogenia

Uno de los primeros en utilizar el término *IATROGENIA* fue el psiquiatra E. Bleuler quien aplicó dicho término a los "trastornos psíquicos originados o generados en el enfermo por actitudes o explicaciones del médico sobre la afección que padece".

88 | El diccionario Espasa —Calpe y el British Medical Dictionary— definen a la

IATROGENIA como a “los temores implantados en la mente del enfermo por el proceder explorador de médico o por observaciones o palabras inoportunas dichas en su presencia”.

Algunos autores equiparan a la IATROGENIA con la RESPONSABILIDAD MEDICA. Nosotros creemos que debe reservarse el término IATROGENIA a los daños emergentes del accionar médico pero en el que se actuó con atención, dedicación y cuidado descartándose la DESAPRENSION, AUDACIA O TERMERIDAD. O sea que a pesar del resultado no deseado —daño o muerte— se han cumplido con las normas del arte médico de acuerdo al caso, al tiempo y al lugar, no siendo en consecuencia, ese resultado, punible penalmente ni resarcible económicamente.

Diversos autores han manifestado su opinión sobre el tema:

Bonnet señala que iatrogenia es un adjetivo calificativo y que se debería hablar de ENFERMEDAD IATROGENICA pudiendo ser dolosa, culposa, por estado de necesidad o concausal.

Escardó dice que es “el mal que el médico produce o puede producir por su condición de tal”.

Steel dice que “es el mal que se produce como consecuencia de un procedimiento diagnóstico y terapéutico y da como ejemplo las úlceras por decúbito que son por CULPA del médico ya que podrían —con más cuidado— haberse evitado.

Nash dice que “es cualquier lesión o muerte por error médico”.

Achaval y Jimenez de Asua más cercanos a nuestra opinión, sostienen que “es la lesión o enfermedad que produce el médico no obstante el ejercicio correcto de la profesión” y que “son los efectos nocivos en el quehacer médico pero no atribuibles al médico”, respectivamente.

Puede definirse a la IATROGENIA como a las alteraciones sobrevinientes que el médico NO HA PODIDO PREVEER o que previstas NO HAN PODIDO EVITARSE. De este modo la iatrogenia resulta médica y jurídicamente FORTUITA, IMPREVISTA E INEVITABLE, asimilable al hecho fortuito que define el artículo 514 del C. Civil (“lo que no ha podido preverse o que previsto no ha podido evitarse”).

Las alteraciones que pueden producirse en el organismo a raíz de un hecho de esta naturaleza pueden ser directas o indirectas; orgánicas o funcionales, y, temporales o definitivas pudiendo mencionar entre las más frecuentes a las siguientes:

- reacciones adversas a fármacos previamente testeados,
- fracturas del esternón o costales al realizar masaje cardíaco externo,
- úlceras por tratamiento radiante correctamente aplicado,
- stress por el medio asistencial,
- cuadros depresivos por lo que ve, oye o interpreta acerca de la enfermedad que padece y
- cicatrices queloides.

c) Ejercicio profesional y hechos dolosos

Los delitos cometidos durante el ejercicio profesional son: el aborto criminal, la eutanasia, la ayuda y/o instigación al suicidio y el abandono de persona. Su

carácter *DOLOSO* hace que estén excluidos del campo de los delitos por responsabilidad médica. Con respecto a las tres primeras figuras, nos remitimos a los capítulos respectivos refiriéndonos aquí al abandono de persona.

Abandono de persona: es un delito contemplado y sancionado en el artículo 106 del código penal en el que se expresa que "el que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte o una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años. La pena será de reclusión o prisión de 3 a 10 años. Si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión."

Es un delito doloso, variando la pena según la característica del daño que puede ser: peligro de vida, grave daño en el cuerpo o en la salud o la muerte. Resulta pertinente e ilustrativo el fallo por el que se condenó a un médico por abandono de persona en las siguientes circunstancias:

Una menor presentó una herida por proyectil de arma de fuego en abdomen. Llevada por su padre a un establecimiento asistencial privado, el cirujado aconsejó la intervención quirúrgica previo depósito de una cantidad de dinero en concepto de gastos y honorarios, tal cual lo establecía el reglamento de la institución. Al no disponer los familiares de esa cantidad de dinero, el cirujano decidió no intervenir por lo que los padres debieron buscar una ambulancia y trasladar —sin médico— a la niña a un hospital público en donde se la intervino pero, lamentablemente falleció.

El fallo del tribunal civil expresó que "existió una omisión por la no aplicación del tratamiento que privó a la enferma de una manera cierta de la oportunidad de curación que tenía derecho a esperar puesto que las posibilidades de sobrevivir, con una intervención más rápida hubieron sido más altas". Mas adelante el fallo dice: "... la medicina comporta un deber humanitario y altruista de consagrar al enfermo todos los estudios y afanes que el título universitario obliga. En este sentido lo que guía a la actividad profesional, sobre todas las cosas, es algo más elevado que el pago de una remuneración. En casos urgentes y graves el médico está obligado a prestar su oficio, cuando es requerido y en caso negativo surge su responsabilidad civil. El reglamento de por medio o no, con o sin el pago del anticipo por el trabajo profesional, el médico en cuyas manos está en ese momento la de contribuir a la salvación de un ser humano, debe cumplir ante todo, con su deber profesional y moral afrontando cualquier responsabilidad en que pudiera incurrir frente a las autoridades de la institución por la violación de una disposición administrativa de tipo utilitario" (Cámara de Apelaciones Civil y Comercial de San Martín, Sala I, 1979).

d) Estado de necesidad

Es una circunstancia prevista en la legislación penal. En efecto en artículo 34 del Código respectivo se establecen las condiciones de inimputabilidad o sea la **NO PUNIBILIDAD** de aquel que cometiere un mal para evitar otro mayor inminente al que ha sido extraño.

90 | En el caso de los médicos se da esta situación cuando hay que adoptar una

conducta determinada pues de no hacerlo se pondría en riesgo de la vida del paciente. Esa conducta lleva implícito un mal pero menor al que ha motivado esa situación y a la que el médico es extraño.

Las situaciones más comunes son las siguientes:

- *esplenectomía* por ruptura de bazo
- amputaciones de miembros luego de un accidente
- interrupción del embarazo, o sea aborto, en los casos que habiéndose desencadenado una hemorragia uterina por causas patológicas, esa es la indicación precisa para evitar la muerte de la madre.

4. ENCUADRAMIENTO JURÍDICO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

A) *Aspecto penal*: en el ámbito penal la conducta médica sancionable debe ser típica o sea que debe estar configurada en el Código Penal. En estos casos las penas recaen sobre las personas. Por eso se dice que este tipo de responsabilidad —penal—, es SUBJETIVA, debiéndose demostrar la relación directa o NEXO DE CAUSALIDAD entre el accionar médico y el daño, sin lo cual no puede hablarse de delito.

Las consecuencias del accionar culposo pueden ser el daño en el cuerpo o en la salud o la muerte o sea LESIONES U HOMICIDIO, ambos de carácter CULPOSO. El tema de las lesiones culposas en sus aspectos médico y jurídico es tratado también en el Capítulo de LESIONOLOGIA MEDICOLEGAL al cual nos remitimos.

Es de señalar que una de las sanciones que se impone en caso de comprobación de este tipo de conducta antijurídica es la INHABILITACION, la que en el caso de los médicos es particularmente trascendente respecto de la vida profesional ya que ejerce sus efectos durante el tiempo del cumplimiento efectivo de la sanción y aún después de su finalización.

Los artículos el Código Penal que conciernen específicamente a esta cuestión son el 84 y el 94 que tratan respectivamente del HOMICIDIO CULPOSO Y DE LAS LESIONES CULPOSAS. El 29 de septiembre de 1999 el Congreso Nacional modificó por ley N° 25.189 los artículos mencionados quedando redactados de esta forma:

Artículo 84: Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte.

El mínimo de la pena se elevará a dos años si fueran más de una las víctimas fatales, o si el hecho hubiese sido ocasionado por la conducción imprudente, negligente, inexperta o antireglamentaria de un vehículo automotor.

Artículo 94: Se impondrá prisión de un mes a tres años o multa de mil a quince mil pesos e inhabilitación especial por uno a cuatro años, el que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud.

Si las lesiones fueran de las descriptas en los artículos 90 o 91 y concurriera alguna de las circunstancias previstas en el segundo párrafo del artículo 84, el

mínimo de pena prevista en el primer párrafo, será de seis meses o multa de tres mil pesos e inhabilitación especial por dieciocho meses.

B) *Aspecto civil*: Civilmente el médico también puede ser responsable pero aquí, de comprobarse la culpa, el resarcimiento es económico. En algunas oportunidades el médico puede ser sobreseído en un juicio penal pero como la sentencia es "no vinculante", ello no implica que queda eximido de una eventual condena civil. En este ámbito muchas veces la demanda se entabla contra el médico y las instituciones en las que se desempeñó profesionalmente siendo solidariamente responsables. El resarcimiento civil surge de la comprobación que existe entre el agente y el resultado dañoso producido independientemente de si el médico obro con impericia, negligencia o imprudencia.

En este aspecto son pertinentes los artículos 1113, 902 y 512 del Código que transcribimos y comentamos:

El artículo 1113 establece en forma genérica que: "La obligación del que ha causado un daño se extiende a los daños que causaren los que están bajo su dependencia o por las cosas de que se sirve o que tiene a su cuidado".

El artículo 909 dice que "cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos". En lo concerniente a los médicos debe entenderse que será mayor la responsabilidad cuanto mayor sea la especialización alcanzada en una rama de la medicina.

Por su parte el artículo 512 establece que "la culpa del deudor en el cumplimiento de una obligación consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar".

O sea que si se trata de un médico, habrá culpa si OMITE cumplir las diligencias que le impone la naturaleza de su obligación entendiéndose por ésta la atención correcta del paciente de acuerdo al momento en que realizó la prestación y a las características y medios disponibles.

5. CAUSAS Y PREVENCIÓN DE LOS JUICIOS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA

a) *Causas*: El origen de los juicios por responsabilidad médica es múltiple: precarización de la atención por falta de recursos o su mala distribución; complejidad de las nuevas terapias que carecen de una adecuada regulación jurídica; la innovación tecnológica; la masificación de la profesión médica; la importancia cada vez mayor de las empresas de medicina prepaga y de las obras sociales; la mayor difusión de los temas de salud en forma no controlada y la afirmación cada día más acentuada y a veces distorsionada de los derechos de los pacientes explotada por los que hacen de los juicios de la mala praxis una verdadera "industria".

El médico, en su tarea profesional, debe extremar los recaudos para no verse involucrado en una demanda judicial actuando con pericia, diligencia y prudencia. No obstante ello, nuestra experiencia confirma casi a diario que en todo juicio de mala praxis subyace como elemento latente hasta el momento de la iniciación de la demanda, una mala relación médico-paciente. Por ello, las escuelas de medicina deberían incrementar la enseñanza en este tema, cada día de mayor trascendencia en la actividad médica.

Hasta hace pocos años, el rol preponderante del médico, en el momento de tomar decisiones, no merecía cuestionamientos. Hoy no es así, pues al influjo de los postulados de la Bioética, la relación médico-paciente en cierto modo, se ha HORIZONTALIZADO, dejando de ser paternal y verticalista, en la cual médico y paciente NO SON IGUALES en cuanto a saber pero sí, SON IGUALES en cuanto al DECIDIR.

A través de estos cambios, la relación médico-paciente se ha enriquecido reafirmando el carácter humanista de la ciencia médica. Simultáneamente con esta transformación, la medicina experimentó interferencias desfavorables siendo una de las más notorias la problemática de los juicios por responsabilidad profesional.

En los últimos años se ha incrementado la cantidad de demandas civiles y penales y sea cual fuere su resultado, dejan en el médico una secuela que se ha denominado "síndrome judicial" que se define como el "conjunto de signos y síntomas que presentan aquellos profesionales de la salud que se hallan sometidos a un proceso judicial".

b) *Prevención*: En el año 1995 se realizó la Jornada Universitaria sobre mala praxis médica en la Facultad de Medicina de la U.B.A. elaborándose 20 conclusiones que consideramos de utilidad tener en cuenta para la prevención por lo que las transcribimos:

1) promover por medio de la educación y la modificación de las condiciones de atención médica una mejor relación del profesional con el paciente y su núcleo familiar.

2) normatizar y supervisar la redacción de la historia clínica para facilitar su lectura y comprensión.

3) normatizar los protocolos de consentimiento, informado para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento potencialmente riesgosos. Promover el suministro de información continua y correcta sobre el proceso de salud-enfermedad.

4) realizar auditoría de gestión en las instituciones asistenciales para evaluar las condiciones del trabajo profesional y la calidad de la atención médica, garantizando al médico pautas mínimas que le permitan desarrollar dignamente su actividad.

5) promover la creación de Comites de Responsabilidad Profesional en las instituciones asistenciales públicas y privadas con fines educativos, normativos y de asesoramiento médico y jurídico a los profesionales.

6) promover la creación en los establecimientos asistenciales de Tribunales de Ética que evalúen la incentivación de las demandas por parte de médicos o personal paramédico.

7) enfatizar en la enseñanza de pregrado los temas referentes a la responsabilidad profesional.

8) Solicitar que se limite el beneficio de litigar sin gastos por medio de una rigurosa y exhaustiva investigación de los medios económicos del demandante.

9) solicitar que el profesional declarado inocente sea eximido de abonar las costas del juicio.

10) promover la creación de un baremo de daños tarifado, homologado al derecho laboral.

11) promover la creación de consejos integrados por profesionales de reconocida trayectoria académica y asistencial para evaluar las demandas por mala praxis y eventualmente actuar como tribunales de mediación.

12) solicitar que en las causas judiciales se designen peritos de reconocida experiencia y antecedentes académicos en el tema a tratar.

13) solicitar que los jueces sancionen adecuadamente a los abogados patrocinantes de aventuras judiciales.

14) solicitar que en las eventuales modificaciones del Código Civil la carga de la prueba siga quedando a cargo del demandante.

15) solicitar que se limite a dos años el período de la prescripción en las obligaciones de tipo contractual asimilándolas a las de tipo extracontractual.

16) promover una mayor interrelación entre las instituciones que agrupan a médicos, abogados y magistrados con la finalidad de intercambiar opiniones sobre aspectos fundamentales del tema convocante, en forma periódica y permanente.

17) aconsejar a los profesionales que adhieran a un seguro o fondo solidario.

18) aconsejar a los profesionales absueltos por decisión judicial que inicien querellas por calumnias e injurias y demandas por daños y perjuicios a las personas que los involucraron injustamente en un caso de presunta mala praxis.

19) promover la creación en las Facultades de Medicina de comisiones para asesoramiento y consulta del Poder Ejecutivo, del Poder Legislativo, del Poder Judicial y de las instituciones médicas públicas y privadas.

20) promover la realización de nuevas Jornadas.

Dado el criterio abarcativo y general de estas conclusiones, consideramos como de interés especial para aquellos que se inician en la profesión, la observación atenta de las conclusiones consignadas en los puntos 1), 2), 3) y 17).

c) *El recurso de amparo*: Muchas veces, en la práctica profesional, pueden darse situaciones conflictivas de difícil resolución. Una de ellas es, sin duda, la negativa de algunos pacientes a recibir una transfusión sanguínea, fundamentada en razones de índole religiosa. Nuestra legislación, respetuosa de las libertades individuales, garantiza el derecho de los pacientes a la autodeterminación a través del artículo 14 de la Constitución Nacional, por la que se consagra la libertad de conciencia, y del artículo 19 inciso 3) de la ley N° 17132 del ejercicio de la medicina, que establece que los médicos están "obligados a respetar la negativa del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse..."

Por ello, estando el paciente lúcido y con juicio crítico conservado debe respetarse su voluntad en cuanto su negativa a aceptar las indicaciones terapéuticas o internarse.

En caso de dudas tal como podría plantearse con menores en que los padres tienen la patria potestad y en embarazadas con indicación precisa de transfusión así como, en enfermos con alternativas terapéuticas cuestionadas, y en los que haya peligro de vida, una de las maneras de poner a salvo la responsabilidad profesional es a través del *recurso de amparo* sobre el que deberá expedirse el juez civil de turno previa petición médica mediante la

6. PLAZOS PARA INICIAR UN JUICIO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL. PRESCRIPCIÓN

Como ya vimos, la vinculación entre el médico y el paciente, desde el punto de vista jurídico puede ser de dos tipos: CONTRACTUAL O EXTRACONTRACTUAL, estimándose que, en general, es del primer tipo y que excepcionalmente son del segundo.

Las demandas civiles por responsabilidad profesional tienen un plazo para ser iniciadas por los presuntos damnificados, denominándose a ese lapso de tiempo "PRESCRIPCION" vencido el cual, dicho derecho desaparece. El plazo de prescripción de las acciones civiles —que se cuenta a partir del hecho dañoso— es de 10 y 2 años, cuando la relación ha sido contractual o extracontractual respectivamente.

LIBRO IV

SECRETO MÉDICO

José A. Patitó

1. CONCEPTO

El secreto profesional es la obligación de guardar silencio sobre las cuestiones que deben ser mantenidas reservadas o sea despojadas de la posibilidad de que accedan a las mismas terceros y de las que se ha tomado conocimiento en razón de un trabajo, empleo, arte o profesión.

Es decir que, como norma general, hay obligación de no divulgar lo que se conoce por el hecho de las circunstancias señaladas.

El cuerpo legal que legisla sobre este aspecto es el *Código Penal*. En el artículo 156 se sanciona a quien infrinja la norma o sea al que habla cuando no debe hacerlo.

Concierne a la profesión médica una variedad del *secreto profesional* que se conoce bajo el nombre de *secreto médico*. En la práctica corriente, la cuestión que suele plantearse es de si el médico en determinadas situaciones *puede o debe hablar*, o sea, poner en conocimiento de terceros algo que ha conocido en el ejercicio de su profesión. Debemos tener presente que toda la cuestión del *secreto médico*, en nuestro país, gira en derredor de la teoría de la *justa causa* o sea que la respuesta a esa pregunta es simple: se debe *hablar* cuando hay *justa causa* y *mantener el silencio*, o *callar*, cuando no la hay.

En este principio encuentra justificación la decisión del médico en el momento de resolver qué hacer en una situación determinada.

La justa causa puede ser de dos órdenes:

legal o

moral,

según esté sustentada en la legislación vigente (Códigos, Leyes) o bien en los Códigos de Ética, respectivamente.

La *justa causa legal* está representada por las normas legales que el profesional médico está obligado a observar en el desempeño de su profesión, por ejemplo, la denuncia de delitos contra la vida, y de enfermedades infectocontagiosas.

La justa causa que denominamos *moral* está dada por todas aquellas situaciones especiales que encuentra el médico en su práctica y cuya resolución está en su libre decisión. Al incorporarse a la profesión y al prestar el Juramento, asume la responsabilidad moral de guardar silencio acerca de "lo visto u oído" en el ejercicio de su profesión. Acerca de este tema se encontrarán lineamientos generales en el Código de Ética Médica. (Capítulo VII, Arts. 66 a 76.)

En este sentido el *secreto médico*, "es el deber de los médicos, de no revelar a terceras personas los hechos o circunstancias que han sido conocidos en el ejercicio de su profesión". Riquelme en la tesis de doctorado (1876), mencionado por Bonnet, dice que "la *obligación moral* del secreto médico está fundada

en un interés general y su destrucción hiere a la sociedad entera, porque *despoja* a los profesionales de la *confianza* que los rodea”.

El secreto médico tiene su raíz en el origen de la profesión médica. En efecto, en las sociedades primitivas el médico era a la vez sacerdote, mago o chamán y las gentes confiaban en él como hoy lo hacen con el sacerdote o el psicoterapeuta. Por ello, el derecho lo que hace es volcar en la ley lo que la costumbre ha consagrado como norma de convivencia.

2. CLASES DE SECRETO MÉDICO: “ABSOLUTO”, “RELATIVO” Y “COMPARTIDO”

En las diversas legislaciones encontramos tipos de secreto médico denominados por su extensión absoluto, relativo y compartido.

El secreto médico absoluto establece que el médico debe callar siempre y en todas las situaciones.

El secreto médico relativo hace que el médico pueda hablar en algunas circunstancias.

El nuestro país, el secreto médico es *relativo*, porque se basa en el principio de la *justa causa* o sea: *hablar cuando hay justa causa y callar cuando no la hay*.

En general, es aplicable este principio aunque existen en la legislación y en el Código de Ética referencias respecto al secreto médico compartido. En efecto, en el decreto N° 1.244/91 reglamentario de la ley de lucha contra el S.I.D.A., se establece que el profesional que atienda a un enfermo o portador del virus H.I.V. podrá suministrar dicha información a “otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma” por lo que se desprende que los profesionales que concurren al cuidado o tratamiento de un enfermo de estas características, están *compartiendo* el secreto.

Por otra parte el artículo 75 del Código de Ética establece que “el médico puede *compartir* su secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso. Este a su vez está obligado a mantener el secreto profesional”.

3. EL CÓDIGO PENAL Y EL SECRETO MÉDICO

Varios artículos del Código Penal tratan sobre el secreto médico. Comenzaremos por el 156 en donde la figura jurídica está tipificada para finalizar con el 71, 72, 73 y 277 vinculados al tema.

3.a. Artículo 156: Secreto profesional

El delito de violación de secreto profesional está incluido dentro del capítulo de los *delitos contra la libertad*. El artículo 156 dice: “Será reprimido con multa de \$ 1.500.- a \$ 90.000.- e *inhabilitación especial*, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto, cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare, sin *justa causa*”.

La norma general, como se ve no se refiere exclusivamente a los médicos. Por eso decimos que secreto médico es una variedad del secreto profesional.

En lo que respecta a los médicos es importante señalar que la sanción de *inhabilitación* es una cuestión que afecta profundamente a la vida del médico ya que hace que no pueda trabajar como médico por el tiempo que la sentencia disponga.

Con respecto al *daño* que pudiera derivarse de la revelación de un secreto, no es necesario que el daño se concrete, basta con que exista tal *posibilidad*, para que se incurra en delito.

3.b. Denuncia

Los artículos 71, 72 y 73 que transcribiremos y comentaremos establecen lineamientos en cuanto a las denuncias que deben efectuar los médicos en el ejercicio de su profesión:

- **Artículo 71:** Deberán iniciarse de oficio todas las acciones penales con excepción de las siguientes:

- 1) las que dependieren de instancia privada
- 2) las acciones privadas

Comentario: iniciar de oficio significa que debe hacerse la denuncia de los delitos independientemente de la voluntad de la víctima.

- **Artículo 72:** Son acciones dependientes de instancia privada las que nacen de los siguientes delitos:

- 1) los previstos en los artículos 119, 120 y 130 del Código Penal cuando no resultare la muerte de la persona ofendida o lesiones de las mencionadas en el artículo 91.

- 2) Lesiones leves, sean dolorosas o culposas. Sin embargo, en los casos de este inciso se procederá de oficio cuando mediaren razones de seguridad o interés público.

- 3) Impedimento de contacto de los hijos menores con sus padres no convivientes.

En los casos de este artículo, no se procederá a formar causa sino por acusación o denuncia del agraviado, de su tutor, guardador o representantes legales. Sin embargo, se procederá de oficio cuando el delito fuera cometido contra un menor que no tenga padres, ascendientes, tutor o guardador.

Cuando existieren intereses gravemente contrapuestos entre algunos de estos y el menor, el Fiscal podrá actuar de oficio cuando así resultare más conveniente para el interés superior de aquél.

Comentario: este artículo fue modificado por la ley N° 25.087 de "Delitos contra la integridad sexual" quedando redactado en la forma que antecede. Como elementos de interés médico legal surge lo siguiente:

- a) no hay obligación de denuncia policial por parte del médico de las lesiones leves;

- b) con respecto los delitos contra la integridad sexual (abuso sexual) el médico está obligado a denunciarlos en las siguientes condiciones:

— si hubiere lesiones gravísimas o muerte de la víctima;

— en caso de menores que no tengan tutor, guardador o representante legal o cuando se advierta que existen intereses gravemente contrapuestos entre el menor y los nombrados.

- **Artículo 73:** Son acciones privadas las que nacen de los siguientes delitos:
 - 1) calumnias e injurias;
 - 2) violación de secretos, salvo en los casos de los artículos 154 y 157;
 - 3) concurrencia desleal;
 - 4) incumplimiento de los deberes de asistencia familiar, cuando la víctima fuere el cónyuge.

Comentario: La diferencia con los delitos de instancia privada es que éstos o sea los de acción privada pueden ser interrumpidos en cualquier etapa del proceso por quien hizo la denuncia mientras que dicha interrupción no puede hacerse cuando se trate de un delito de instancia privada.

Es de hacer notar que la cuestión que estamos tratando o sea la *violación del secreto profesional*, es un delito de *acción privada* o sea que lo denuncia quien se considere ofendido, en las condiciones precisadas.

3.c. Secreto médico y encubrimiento

Estando los médicos obligados a la denuncia de los delitos perseguibles de oficio o sea aquellos en que hay lesiones, intoxicaciones, aborto criminal, intento de suicidio (justa causa legal), el no hacerlo hace que el médico incurra en el delito de encubrimiento contemplado en el artículo 277 del C.P. que dice lo siguiente:

Art. 277: Será reprimido con prisión de 15 días a dos años el que sin promesa anterior al delito, cometiere después de su ejecución algunos de los hechos siguientes:

1. ocultar al delincuente o facilitar su fuga para substraerlo a la justicia;
2. procurar la desaparición de los rastros o pruebas del delito;
3. guardar, esconder, comprar, vender, o recibir en prenda o en cambio los efectos sustraídos;
4. negar a la autoridad sin motivo legítimo el permiso de penetrar en el domicilio para tomar a la persona del delincuente que se encuentre en él;
5. guardar habitualmente delincuentes u ocultar en la misma forma armas o efectos de los mismos, aunque no tuviere conocimiento determinado de los delitos;
6. Dejar de comunicar a la autoridad las noticias que tuviere acerca de la comisión de algún delito cuando estuviere obligado a hacerlo por su profesión o empleo.

Como vemos es el inciso 6 de este artículo el que específicamente se refiere a los médicos.

4. JUSTA CAUSA

consagra nuestra legislación penal. Ya hemos visto que la justa causa puede ser *legal o moral*.

A. Justa causa legal

Encuentra su apoyo en las siguientes normas:

a) **Código Procesal Penal. Ley 23.984**

a.1) Denuncia de delitos

En el Código de Procedimiento se establece cuáles son las situaciones prácticas en las cuales el médico debe denunciar los delitos contra la vida o la integridad física. Cabe consignar que la obligación de *denunciar* (a la policía o a la autoridad judicial) es para el o los médicos que hayan prestado los auxilios de su profesión en un caso determinado, o sea, para quien o quienes hayan participado en la asistencia de un paciente. La obligación no es para aquéllos médicos que conocen un hecho por revelaciones o comentarios hechos por otro médico y que no hayan participado en la asistencia. En este aspecto, el *secreto* constituye la regla, por lo que el deber u obligación de denunciar delitos, cede en el caso de que estos hubiesen llegado a la esfera del conocimiento del profesional por información, manifestaciones o revelaciones hechas por el paciente bajo el resguardo del secreto profesional.

Los artículos pertinentes son los siguientes:

Art. 177: *Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio:*

1. *los funcionarios o empleados públicos que los conozcan en el ejercicio de sus funciones;*
2. *Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida, y la integridad física que conozcan al **prestar los auxilios de su profesión**, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional.*

a.2) La citación judicial

La citación judicial implica que al médico se lo releva de su obligación de guardar silencio. En este sentido el **artículo 240** dice: "Toda persona tendrá la *obligación* de concurrir al llamamiento judicial y declarar la verdad de cuanto supiere y le fuere preguntado, salvo las excepciones establecidas por la ley.

a.3) El falso testimonio

El **artículo 252** dice que: "si un testigo incurriera presumiblemente en falso testimonio se ordenarán las copias pertinentes y de las remitirá al juez competente, sin perjuicio de ordenarse su detención".

Comentario: Cuando un médico es citado por la autoridad judicial para que aporte datos acerca de su actividad profesional en un caso determinado, queda relevado de su obligación de guardar silencio. En ese momento se transforma

en testigo por lo que deberá decir la verdad de todo cuanto supiere pues de lo contrario incurrirá en la figura del falso testimonio que consiste en "afirmar una falsedad o en negar o callar la verdad en todo o en parte".

b) Ley 14.586 de 1958

En esta ley se establece al obligación de la denuncia de *nacimientos y defunciones*: el **art. 5** dice: "dentro de los 5 días hábiles siguientes al nacimiento deberá hacerse su declaración ante la sección correspondiente acompañándose de un certificado del médico o partera interviniente que acredite haber visto con vida al nacido".

Con respecto a las defunciones la misma ley establece la obligatoriedad de la extensión del *certificado de defunción* por parte de los médicos que asistan, hayan asistido o hayan reconocido el cadáver.

c) Ley 11.359 de 1958 - Lepra

La denuncia es obligatoria para el médico que asista, haya asistido o conozca al enfermo o fuera llamado a reconocerlo y por los directores y médicos de hospitales y sanatorios públicos y privados.

d) Ley 11.843 de 1934 - Peste

La denuncia es obligatoria para cualquier caso declarado o sospechoso y lo mismo es para el farmacéutico que expendiera suero o vacuna antipestosa.

e) Ley 12.231 de 1936 - Enfermedades Venéreas

Dice que "el médico procurará informarse transmitiendo la información a las autoridades sanitarias".

f) Ley 15.465 de 1960 - Enfermedades contagiosas o transmisibles

Deberá denunciarla el médico, odontólogo, obstétrica, kinesiólogo y otros auxiliares del arte de curar cuando *asista, o haya asistido al enfermo o portador o que hubiere hecho su reconocimiento o reconocido el cadáver*.

Se notificará todos los casos de enfermedades y de los portadores de los grupos A y B.

A: cólera, fiebre amarilla, peste, viruela, tifus, fiebre recurrente;

B: botulismo, encefalitis, chagas, fiebre tifoidea, hidatidosis, lepra, paludismo, polio, t.b.c., tétanos, triquinosis;

C: ctinomicosis, brucelosis, carbunclo;

D: exóticas.

El Poder Ejecutivo Nacional puede incluir o excluir enfermedades de denuncia obligatoria y es en virtud de esta atribución que se ha incluido al síndrome de inmunodeficiencia adquirida como enfermedad de denuncia obligatoria.

g) Ley 17.132

En la ley del ejercicio de la medicina hay disposiciones relativas al secreto médico contenidas en el artículo 11 y que dice lo siguiente:

"Art. 11: Todo aquello que llegue a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamente en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitararlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal".

B. Justa causa moral

La justa causa moral la encontramos en el Juramento y el Código de Ética.

a) *Juramento:* El compromiso que se adquiere al ingresar a la profesión médica puede tener varias formas. En el *Juramento Hipocrático* se hace referencia al secreto cuando se dice: "...todo lo que habré visto u oído durante la cura o fuera de ella, en la vida común, lo callaré y conservaré siempre como *secreto*, si no me es permitido decirlo".

La fórmula de Ginebra del Juramento, en lo que se refiere al secreto, dice lo siguiente: "...respetar el secreto de quien se os haya confiado a vuestro cuidado..."

b) *Código de Ética:* Se encuentran normas relativas en casi todos los Códigos de Ética. Nuestro Código de Ética tiene varios artículos destinados al tema contenidos en el *Capítulo VIII (del Secreto Profesional)* que por revestir interés los transcribimos:

Art. 66: Establece que el secreto médico "es un *deber* que nace de la esencia misma de la profesión".

Art. 67: Dice que el "secreto profesional es una obligación. Revelarlo sin justa causa, *causando o pudiendo causar* daño a terceros, es un delito previsto en el art. 156 del C.P."

Art. 68: Da normas en cuanto a la extensión de certificados y dice: "si el médico tratante considera que la declaración del diagnóstico en un certificado médico perjudica al interesado, debe negarlo para no violar el secreto profesional. En caso de imprescindible necesidad y por medio expreso de la autoridad correspondiente, revelará el diagnóstico al médico funcionario que corresponda, lo más directamente posible, para compartir el secreto".

Art. 69: Señala cuáles son las situaciones en que el médico no incurre en violación del secreto o sea cuando hay *justa causa*:

— médicos de las compañías de seguro al hacer informes sobre la salud del candidato que le ha sido enviado para su examen;

— cuando es comisionado por autoridad competente para establecer el estado físico o mental de una persona;

— peritos médicos: cuando hacen sus informes periciales;

— cuando actúa como médico de sanidad nacional, militar, provincial, municipal, etc.

— cuando hace la denuncia de enfermedades infectocontagiosas y expide certificados de defunción cuando es médico tratante;

— cuando se trate de denuncias destinadas a evitar que se cometa un error judicial;

— cuando hace declaraciones o se defiende en un juicio de responsabilidad médica.

Art. 70: “El médico, sin faltar a su deber, denunciará los delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión, de acuerdo a lo dispuesto en el Código Penal. No puede ni debe denunciar los delitos de instancia privada contemplados en los arts. 71 y 72 del mismo código.”

Art. 71: En los casos de embarazo o parto de una soltera el médico debe guardar silencio.

Art. 72: Establece la obligatoriedad —incluida dentro del concepto de justa causa— de “concurrir a la citación judicial y de declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, limitándose a responder lo necesario y sin incurrir en excesos verbales”.

Art. 73: Establece que debe ser “circunspecto en cuanto a la revelación del diagnóstico cuando realiza un reclamo por honorarios médicos”.

Art. 74: Si bien es el paciente quien debe recibir la información acerca de su enfermedad hay circunstancias en que el mismo no la puede recibir y a este respecto el código establece lo siguiente: “el profesional solo debe suministrar informes respecto del diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un cliente a los allegados más inmediatos del enfermo. Solamente procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente”.

Art. 75: Hace mención al secreto compartido con otro colega estableciendo la obligación de guardar silencio por parte de este último: “el médico puede compartir el secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso. Este a su vez está obligado a mantener el secreto profesional”.

Art. 76: Por último se establece la obligatoriedad de todos los que concurren a la asistencia del paciente: “el secreto médico obliga a todos los que concurren en la atención del enfermo. Conviene que el médico se preocupe educando a los estudiantes y a los auxiliares de la medicina en este aspecto tan importante”.

5. SANCIONES POR VIOLACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL

Si en un juicio por violación de secreto profesional el médico es hallado culpable podrá aplicársele las sanciones que establece el artículo 156 del Código Penal siendo la de mayor repercusión la pena consistente en la *inhabilitación* para el ejercicio de la medicina. Además la persona que se considera dañada puede iniciar una acción civil tendiente a obtener un resarcimiento económico, basándose en los artículos 1.068 y 1.078 que dicen: **Art. 1.068:** “Habrá daño siempre que se causare a otro un perjuicio susceptible de apreciación pecuniaria”; mientras que el **Art. 1.078** establece que “puede hacerse demanda civil si hay violación de secreto médico por agravio moral”.

LIBRO V

DOCUMENTACIÓN MÉDICA

Norberto J. Rubinstein

INTRODUCCIÓN AL TEMA

Documento es un instrumento que transcribe un pensamiento por escrito en un medio durable o permanente, testimonio de un hecho determinado. La *documentación médica* es aquel medio en el que se demuestra la actuación médica. Revisten dicho carácter los *certificados, historias clínicas, pedidos e informes de exámenes complementarios, recetas e informes periciales* entre otros.

Las sanciones relativas a los delitos cometidos en relación a la documentación, en general, se hallan contemplados en el Código Penal dentro del capítulo relativo a los "*Delitos contra la fe pública*" debiendo entenderse por tal a la confianza que terceros indeterminados ponen en un instrumento que tiene regladas sus formas y destino para establecer por su intermedio relaciones jurídicas con total abstracción del negocio o hecho original y de las partes intervinientes.

Por su importancia médico-legal nos referiremos a los *Certificados Médicos y a la Historia Clínica*.

Capítulo 1 — CERTIFICADOS MÉDICOS

A) Generalidades. Concepto

Certificado deriva etimológicamente de la palabra latina "*certificatio*" que significa seguro, indubitable, cierto.

Resulta así un testimonio escrito realizado por alguien que ha comprobado el hecho que se describe.

Certificado médico es la constatación escrita que hace el médico acerca de un hecho pasado o presente en el que ha participado al realizar los actos propios de su profesión debiendo ser, desde el punto de vista testimonial, fiel expresión de la verdad.

Según quienes los soliciten, los certificados pueden ser de orden *privado o público*, según se extiendan a pedido del paciente o sus familiares o bien, en cumplimiento de disposiciones legales que así lo exigen.

Habitualmente estos documentos cursan sin consecuencias para el facultativo, pero cabe la necesidad de alertar sobre la posibilidad que la persona a cuyo nombre se extiende, haga uso incorrecto del mismo con el fin de obtener algún beneficio personal. Es por esa razón *que siempre el certificado debe ajustarse a verdad*.

La obligatoriedad de extensión de un certificado a requerimiento de un paciente, surge del contrato pactado y debe circunscribirse a cuestiones de orden médico.

Los certificados, tal como lo regla la ley 17.132, en su Art. 19 Inc. 7º, deben confeccionarse en recetas y/o formularios donde conste impreso el nombre y apellido del médico, número de matriculación otorgado por la autoridad competente, domicilio y número telefónico. Deben ser redactados en idioma castellano y en forma manuscrita.

algunos certificados por su naturaleza deben ajustarse a un modelo predeterminado por la información que debe contener por lo que en algunas circunstancias se utilizan textos preimpresos que el profesional debe completar, por lo general provistos por el mismo ente (generalmente oficial) que requiere la certificación.

B) Clases de certificados médicos

1. Ordinarios
2. Oficiales normados por:
 - 2.1. Códigos de fondo
 - 2.2. Códigos de forma
 - 2.3. Leyes especiales
 - 2.4. Disposiciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (ex Ordenanzas Municipales)
 - 2.5. Resoluciones ministeriales

1. Ordinarios

Son aquellos que se extienden en forma habitual para: justificar enfermedades, grado de aptitud física, o cualquier otro tipo de constatación. Es justamente en estos casos, cuando el médico debe ser estricto, sin complacencias y ajustarse a la realidad de los hechos y situaciones realmente comprobadas.

2. Oficiales

Certificado de matrimonio "in extremis": Es en el que el médico certificante acredita que alguno de los contrayentes se encuentra en peligro de muerte y que expresan el deseo de reconocer hijos naturales (Art. 196 del Código Civil, Título I "Del matrimonio", Capítulo VI "De la celebración del matrimonio", texto según Ley Nº 23.515.

Certificado de traslado al exterior de incapaces: El art. 483 del Código Civil establece que los mayores declarados incapaces judicialmente no pueden ser trasladados fuera del territorio nacional sin la autorización judicial, avalado esta última con el certificado de por lo menos dos médicos que manifiesten acreditar que tal traslado es conveniente para la salud del incapaz.

Certificado de nacimiento: Es aquel que confecciona el médico interviniente o en su defecto la partera en el que se acredita *haber visto con vida al recién nacido*, consignando además fecha, lugar, hora del nacimiento y nombre de la madre.

Certificado de defunción: Es el que confecciona el médico para acreditar la muerte de una persona. Debe ser extendido solo cuando no existan dudas en cuanto a la causa de la muerte. Si existen dudas se estará ante una muerte de *causa dudosa* requiriéndose la intervención policial para la práctica de la autopsia médico legal. En esos casos el médico deberá abstenerse de firmar el certificado de defunción, limitando su actuación, solamente, al diagnóstico de muerte.

En casos de *muerte violenta* se impone la intervención policial y la práctica de la autopsia médico legal siendo los médicos que la practiquen los que confeccionan el certificado respectivo.

En todos los casos, en el certificado deberá constar la identidad del fallecido; el día, hora y lugar de la muerte; la causa de la muerte y causas coadyuvantes dejando constancia que los datos que consignan son por haber asistido al paciente, por referencias de terceros o por haber reconocido el cadáver. (Para más detalles nos remitimos al Capítulo de **Tanatología**, específicamente al apartado sobre *Tanatolegislación*.)

Certificado de defunción fetal: En todos los casos de recién nacidos sin vida debe confeccionarse este certificado en donde constarán los datos de la madre, lugar, fecha y hora del hecho y las *semanas de gestación*.

Certificado de cremación: Se extiende a pedido de los deudos, cuando haya decisión de cremar (incinerar) el cadáver. Sólo debe extenderse cuando no quepa ninguna duda en cuanto a la causa del fallecimiento de la persona y ésta haya acaecido por causa natural. Bajo ningún concepto puede extenderse el certificado en casos de muerte de causa dudosa o violenta, salvo con autorización judicial y previa autopsia y fotografías.

En este certificado deben constar también los datos filiatorios del fallecido y diagnóstico de muerte.

Certificado de internación para pacientes que presentan trastornos psíquicos. Certificados requeridos para juicios de incapacidad por demencia e inhabilitación: Nos remitimos al capítulo de **Psiquiatría médico-legal**.

Certificados prenupcial: Son exigidos para contraer matrimonio. Para el varón por Ley N° 12.331 y para la mujer por Ley N° 16.668.

Estas exigen el examen médico prematrimonial, a efectos de la detección de enfermedades venéreas.

C) Certificado médico falso y Código Penal

Falsificar un certificado médico significa que el contenido del mismo no resulta verdadero. Quien lo formula y firma comete un delito de orden doloso.

La falsificación de un certificado médico constituye una figura penal que se encuadra como "falsificación de documento". Esta figura está contemplada en los Arts. 295, 296 y 298 del Código Penal.

El **Art. 295** estipula que "sufrirá prisión de un mes a un año, el médico que

diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia presente o pasada de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio. La pena será de uno a cuatro años si el falso certificado debiere tener por consecuencia a que una persona sana fuera detenida en un manicomio, lazareto u otro hospital”.

Es un delito doloso que tiene como características esenciales el que su autor es un médico que extiende un certificado, donde asevera una falsedad y de cuyo uso surge un perjuicio para terceros. Es agravante de este delito, el que una persona sana resulte privada de su libertad al ser internada como consecuencia del certificado médico.

El **Art. 296** consigna que “el que hiciere uso de un documento o certificado falso o adulterado, será reprimido como si fuera autor de la falsedad”.

El Código Penal le aplica la misma pena que al autor de la falsedad a aquel que hiciera uso de un documento o certificado falso o adulterado. En este caso se agrega como delito el hecho de la adulteración del documento.

Por último el **Art. 298** contempla una pena accesoria de inhabilitación por el doble del tiempo de la condena si quien comete el delito es un funcionario público con abuso de sus funciones.

Capítulo 2 — HISTORIA CLÍNICA

A) Concepto

La *historia clínica* es la prueba escrita de la actividad médica desarrollada en el paciente para procurar la recuperación de la salud. Contiene toda la información sobre lo hallado, lo pensado, lo hecho y las comprobaciones realizadas por lo que las anotaciones que los médicos hacen en la historia no son tareas administrativas sino por lo contrario, son tareas de índole profesional que deben ser efectuadas con rigor, precisión y minucia porque de ello depende el correcto seguimiento de la evolución del paciente y es la prueba de la atención prestada en ese caso.

Puede definirse a la *historia clínica* como *el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte.*

Constituye la prueba elemental, básica y fundamental a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas por lo que constituye en el único elemento con fuerza probatoria demostrativo del quehacer profesional. Una historia clínica imperfecta por su redacción, omisiones, poco legible o incompleta puede dificultar notoriamente cuando se trata de delimitar responsabilidades.

112 | Además la historia clínica, en otro aspecto, es un elemento de colaboración,

orientación y comunicación entre otros profesionales que pueden participar simultáneamente o suceder en la atención del enfermo.

B) Contenido de la historia clínica

Debe contener la información secuencial del acontecer en el enfermo debiendo contener como mínimo y con carácter enunciativo y no limitativo los siguientes ítems:

- Datos filiatorios del paciente
- Fechas de ingreso y egreso
- Estado en que el paciente ingresa
- Antecedentes hereditarios
- Antecedentes personales
- Estado actual
- Exámenes complementarios
- Diagnósticos presuntivos y diferenciales
- Tratamiento y evolución diaria
- Epicrisis

C) Confección y redacción

Debe ser hecha por el propio médico con letra legible en forma prolija, sin abreviaturas, sin enmiendas ni tachaduras y si las hay, salvadas convenientemente. Todo ello por la trascendencia jurídica como elemento de defensa en un juicio de responsabilidad y recordando que el *secuestro* es una de las primeras medidas que dispone el juez ante una denuncia de esa naturaleza.

Cada intervención médica debe ser firmada, sellada y fechada. Es también aconsejable la foliación o sea la numeración correlativa de todas las hojas con el nombre del paciente y el número de la historia clínica en cada hoja con el fin de evitar *sustracciones o intercalaciones*.

D) Obligatoriedad de la confección, conservación y archivo

La obligatoriedad de la confección y conservación de la historia clínica en establecimientos asistenciales públicos o privados surge de lo dispuesto en el artículo 40 de la ley del ejercicio de la medicina (17.132).

En efecto en el artículo 40 de la ley se dispone que "Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente a un director médico u odontólogo según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección...". La reglamentación de este artículo fija los *deberes* de los Directores de los establecimientos asistenciales figurando entre las mismas la obligatoriedad de la confección y conservación de las historias clínicas en los incisos l) y m): "*Inciso l) Adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionan historias clínicas de los pacientes y que se utilicen en*

las mismas los nomencladores de morbilidad y mortalidad establecidos por las autoridades sanitarias". "Inciso m) Adoptar las medidas necesarias para una adecuada conservación y archivo de las Historias Clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional".

No existe un modelo de historia clínica aprobado por el Ministerio de Salud ni tampoco existe en la ley 17.132 disposición en cuanto al tiempo que deben conservarse. Las disposiciones generales a tener en cuenta sobre el particular son las siguientes.

a) Resolución N° 648 del 11-9-86, de la ex-Secretaría de Salud del M.S.A.S. según la cual en el orden nacional se dispone que las historias clínicas deben conservarse por el término de 15 años;

b) Decreto N° 4.182 de la ex-Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires del año 1985 que establece el mismo plazo de conservación de las historias clínicas en sus establecimientos asistenciales.

c) Dada la falta de legislación actualizada que establezca con precisión el tiempo de conservación de las historias clínicas y las posibilidades del entablamiento de acciones legales especialmente juicios de responsabilidad profesional, es aconsejable que las historias sean archivadas y conservadas convenientemente por un tiempo que no podrá ser inferior al de la prescripción legal de los posibles derechos invocados o ejercidos en cada caso, por lo que deberían conservarse por lo menos, por 10 años ya que ese es el plazo de prescripción para las acciones por responsabilidad contractual.

d) Por Resolución N° 149/90 el Ministerio de Salud y Acción Social autoriza a los establecimientos asistenciales la utilización de un sistema de microfilmación e impresión que garantice la inalterable reproducción del contenido de las Historias Clínicas mientras que la Resolución N° 670/93 estableció que la microfilmación de las historias tiene valor jurídico cuando incluye el foliado de cada documento y una síntesis final certificada por el Director del establecimiento;

e) La historia clínica computarizada: No existe impedimento legal para realizar una historia clínica utilizando la informática. Tampoco hay en el momento actual disposiciones que regulen este tipo de método ni jurisprudencia sobre el particular.

f) Exhibición obligatoria: Mediante ordenanza N° 51.459, el ex-Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires estableció que los pacientes tienen derecho al acceso a su historia clínica disponiendo que "las historias clínicas pertenecientes a los pacientes de los establecimientos asistenciales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, serán de exhibición obligatoria frente a expresa y acreditada petición del interesado, su representante legal y/o apoderado o sus herederos, en caso de fallecimiento del mismo 'pudiendo las personas interesadas' extraer fotocopias a su costo, de las referidas historias clínicas quedando expresamente prohibido su otorgamiento en préstamo a los interesados para tales efectos".

LIBRO VI

HONORARIOS MÉDICOS

José A. Patitó

1) CONCEPTO

El término *honorario* se usó inicialmente para el que sólo tenía los honores de una designación, empleo o cargo. Con el tiempo se convirtió en la designación del sueldo, remuneración o estipendio por un servicio de una de las profesiones liberales.

Los honorarios médicos son la retribución que el médico percibe por su actuación profesional. Para comprender este tema debemos tener como principio que el ejercicio de la medicina sea cual fuere el ámbito en que se realiza es una *forma de trabajo* y como tal le corresponde una remuneración.

2) CONTEXTO LETAL Y ÉTICO

El sustento legal del derecho a la percepción de honorarios por parte del médico nace en la Constitución Nacional y se consolida en las disposiciones del Código Civil y de la ley del ejercicio de la medicina en lo atinente al tema.

En la C.N. al hablar del trabajo en forma general se establece el derecho de la retribución. En efecto en el artículo 14 bis se establece entre otras cosas lo siguiente: "El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: ... retribución justa; ... igual remuneración por igual tarea ...".

El Código Civil y los honorarios: el ejercicio de la medicina crea un vínculo entre el dador y el receptor del servicio o sea entre médico y paciente.

En base a la existencia de ese vínculo se dice que la relación médico-paciente, en ese plano, es *contractual* porque está de parte del médico, la prestación de un servicio aplicando todos los medios disponibles, mientras que de parte del paciente está la obligación del pago por el mismo.

En el derecho civil se denomina a este trabajo "locación de servicios" bajo la forma de la llamada relación "contractual" siendo independiente para la ley que se haya o no, convenido previamente un precio por el servicio. En este sentido el artículo 1.137 (C.C.) define la naturaleza del contrato: "Hay contrato cuando varias personas se ponen de acuerdo sobre una declaración de voluntad común, destinada a reglar sus derechos". Por su parte, el tratadista Feitas dice que "habrá contrato cuando dos o más personas acordasen entre sí alguna obligación u obligaciones recíprocas".

El artículo 1623 (C.C.) dice que locación de servicios —lo que en nuestro caso equivale al trabajo del médico— es un *contrato consensual* en las siguientes condiciones: "La locación de servicios es un contrato consensual, aunque el servicio hubiese de ser hecho en cosa que una de las partes debe entregar.

Tiene lugar cuando una de las partes se obligare a prestar un servicio y la otra a pagarle por ese servicio un precio en dinero...”.

Finalmente el artículo 1627 (C.C.) establece la posibilidad de requerir el pago aun cuando no se hubiere convenido un precio requiriendo como condición sea la forma de vida de quien realizó la prestación:

“Artículo 1.627: El que hiciere algún trabajo o prestare algún servicio a otro puede demandar el precio, aunque ningún precio se hubiese ajustado siempre que tal servicio o trabajo sea su profesión o modo de vivir...”.

3) LEY DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y HONORARIOS MÉDICOS

En la ley del ejercicio de la medicina N° 17.132 encontramos una referencia a los honorarios cuando considera como una práctica prohibida el compartir los honorarios con terceros. En efecto el inciso 20 de dicho artículo dice textualmente “queda prohibido ‘participar honorarios’”.

Este tema que indudablemente tiene una connotación ética será tratado con más amplitud en el apartado correspondiente a “ética y honorarios médicos”.

4) JUICIO POR COBRO DE HONORARIOS. PLAZOS PARA INICIAR LA DEMANDA

Como se desprende de los artículos precedentes el cobro de los honorarios es un derecho que la ley consagra pudiendo reclamarse por la vía judicial su pago. En este sentido existe en derecho lo que se llama *prescripción* (art. 3.947) definida como un “medio de adquirir un derecho o de libertarse de una obligación por el transcurso del tiempo”. Esta última, llamada *prescripción liberatoria* (art. 3.949) es una “expresión para repeler una acción por el solo hecho que el que la entabla ha dejado durante un lapso de tiempo de intentarla, o de ejercer el derecho al cual ella se refiere”.

En el caso de los honorarios médicos en el artículo 4.032 (C.C.) se establece que “Se prescribe por dos años la obligación de pagar: ... 4) A los médicos y cirujanos, boticarios y demás que ejercen la profesión de curar, sus visitas, operaciones y medicamentos. El tiempo corre desde los actos que crearon la deuda...”.

Siguiendo estos lineamientos la jurisprudencia ha establecido las siguientes a partir de las cuales se deben contar los dos años:

- a) consulta o prestación o acto quirúrgico: a partir del día en que fue realizada;
- b) afecciones de corta duración: a partir del día en que el servicio se prestó o en que terminó de prestarse y,
- c) afecciones prolongadas: desde el último día del año en que se prestó el servicio o desde el primer día del año siguiente.

5) PREFERENCIA EN EL PAGO. CRÉDITOS PRIVILEGIADOS

El artículo 3.873 (C.C.) establece que el derecho dado por la ley a un acreedor para ser pagado con preferencia a otro se llama privilegio. Los honorarios

médicos gozan de esta distinción. Específicamente en el artículo 3.880 (C.C.) se establece lo siguiente: "Los créditos privilegiados sobre la generalidad de los muebles son los siguientes... 2) los gastos de la última enfermedad durante seis meses..."

6) DONACIONES Y LEGADOS

Muchas veces surge la duda acerca de si el médico puede recibir de parte de sus pacientes donaciones y/o legados. Para comprender el tema tenemos que saber que *donar* significa traspasar gratuitamente el dominio que se tiene sobre alguna cosa mientras que *legar* es dejar a alguien el dominio de alguna cosa a través de un testamento.

Con respecto a la *donación*, el Código Civil el artículo 1.789 dice que "Habrá donación, cuando una persona por un acto entre vivos transfiera de su libre voluntad gratuitamente a otra, la propiedad de una cosa". En el artículo 1.808 (C.C.) se menciona quiénes *no pueden recibir donaciones* no hallándose los médicos expresamente incluidos en la prohibición.

Asimismo y con respecto a los *legados* al igual que en las donaciones, los médicos no se hayan excluidos. En efecto, el artículo 373 (C.C.) dicen que se pueden adquirir por testamento todos aquellos que no sean declarados por la ley incapaces o indignos.

Por lo expuesto entonces, los médicos pueden recibir donaciones y/o legados de sus pacientes al no estar excluidos expresamente dentro de las prohibiciones para que así lo hagan.

7) ÉTICA Y HONORARIOS MÉDICOS

Si bien las disposiciones del Código de Ética no tienen efecto coercitivo consideramos de interés transcribir las disposiciones del Código contempladas en el Capítulo XI (*De los honorarios médicos*) en los artículos 84 y 92, y, en el Capítulo XII (*De las incompatibilidades, dictomía y otras fallas a la ética*), en los artículos 96, 99 y 100 ya que se establecen lineamientos generales respecto de los honorarios en cuanto a la forma de evaluación, trato para con los colegas y familiares y prohibiciones:

a) Fijación y aceptación del monto entre el médico y el paciente: se establecen las formas que deberían fijarse los honorarios:

— Art. 84: Debe haber un entendimiento directo del médico con el enfermo o con sus familiares en materia de honorarios, tratando que su estimación no perjudique a los demás colegas.

— Art. 85: El médico está obligado a ajustarse para su beneficio y el de sus colegas, y salvo los casos especificados en este Código, al monto mínimo establecido por la entidad médico-gremial correspondiente, por debajo del cual no deben aceptarse.

b) Forma de estimación del monto de los honorarios. Pautas: En algunas circunstancias como en el caso de la demanda por cobro de honorarios

resultan útiles las normas fijadas en este Código ya que se fijan pautas a las que debería ajustarse dicho reclamo:

— Art. 86: Los honorarios médicos deben corresponder a la jerarquía, condiciones científicas y especialización del profesional, posición económica y social del enfermo y a la importancia y demás circunstancias que rodean al servicio médico prestado. Es conveniente ajustarse para su apreciación a las visitas realizadas, que pueden ser ordinarias o extraordinarias, prestadas en el consultorio o domicilio del enfermo y con o sin la realización de trabajos especiales durante su desarrollo.

— Art. 88: Si por alguna circunstancia proveniente del médico como ser el olvido de una indicación terapéutica necesaria, completar un examen, por motivos de enseñanza o por comodidad del médico, etc. deben efectuarse más visitas que las necesarias o hacerlos fuera de hora, su importe no se cargará en la cuenta de honorarios advirtiéndolo al enfermo.

— Art. 89: La presencia del médico de cabecera en una intervención quirúrgica, siempre da derecho a honorarios especiales.

— Art. 91: Toda consulta por carta que obligue al médico a un estudio del caso, especialmente si se hace indicaciones terapéuticas, debe considerarse como una atención en consultorio y da derecho a pasar cuenta de honorarios.

— Art. 92: Las consultas telefónicas deben limitarse en lo posible y podrán ser incluidas en la cuenta de honorarios.

c) Reclamo del pago de honorarios: Las disposiciones contempladas en el artículo que vamos a ver complementan y dan respaldo ético a lo ya visto respecto del reclamo por vía judicial (ver el punto 3 de este capítulo). En efecto en el artículo 90 se establece que "En los casos en que los clientes, sin razón justificada, se nieguen a cumplir sus compromisos pecuniarios con el médico, éste a su vez agotados los medios privados, puede demandarlos ante los tribunales por cobro de honorarios, sin que ello afecte, en forma alguna, el nombre, crédito o concepto del demandante. Es conveniente ponerlo en conocimiento de la entidad médico-gremial correspondiente y pedir a ésta asesoramiento o presentación legal ante la justicia".

Llegado el momento en que en un juicio por cobro deba justipreciarse el monto, resulta práctica la evaluación de las normas que vimos al comentar el artículo 86.

d) La atención gratuita: Se establecen las circunstancias en que, desde el punto de vista ético, el médico no debería cobrar por su prestación y otras situaciones en que esa situación de gratuidad suele darse:

— Art. 87: Las atenciones gratuitas perjudican en general a los colegas y deben limitarse a los casos de parentesco cercano, amistad íntima, asistencia entre colegas y pobreza manifiesta. En este último caso no es falta de ética negarse a la asistencia en forma privada si existiera en la localidad un servicio asistencial público.

— Art. 96: Los médicos que actúan activamente en política no deben valerse de la situación de preminencia que esa actividad pueda reportarles para obtener ventajas profesionales. En ningún caso recurrirán confines de proselitismo a la prestación de asistencias gratuitas o al cobro de honorarios menores a los establecidos en su lugar de residencia.

e) La participación de honorarios: Esta es una práctica —como ya vimos— prohibida en la legislación positiva (ley 17.132, art. 20, inciso 20) y según el código de ética, reñida con la dignidad profesional, constituyendo una violación a la ética profesional. Los artículos que tratan sobre el tema son el 99 y 100 que para mayor claridad y comprensión transcribimos:

— Art. 99: La participación de honorarios entre el médico de cabecera y cualquier otro profesional del arte de curar, cirujano, especialista, consultor, odontólogo, bioquímico, farmacéutico, etc., es un acto contrario a la dignidad profesional. Cuando en la asistencia de un enfermo han tenido injerencia otros profesionales, los honorarios se presentarán al paciente, familiares o herederos, separadamente o en conjunto, detallando en este último caso los nombres de los participantes.

— Art. 100: Constituyen una violación a la ética profesional, aparte de constituir delito de asociación ilegal, previsto y penado por la ley, la percepción de un porcentaje derivado de la prescripción de medicamentos o aparatos ortopédicos, lentes, etc., así como la retribución a intermediarios de cualquier clase (corredores, comisionistas, hoteleros, choferes, etc.) entre profesionales y pacientes.

LIBRO VII

**LA ACTIVIDAD O
LABOR MÉDICO-LEGAL**

José A. Patitó

INTRODUCCIÓN

Siguiendo a Gisbert Calabuig cuando en su obra *“Medicina Legal y Toxicología”* se refiere al *método médico-legal* puede decirse que la tarea, labor o actividad en el ámbito de la especialidad es desarrollada por los *peritos médicos* siendo acreditada y documentada en el *informe pericial* o *pericia médica* por lo que se estudiarán los temas en ese orden.

Capítulo 1 — EL PERITO MÉDICO

A) Concepto

Recibe el nombre de *perito* la persona que tiene conocimientos especiales sobre un determinado tema. En nuestro medio diversos tratadistas en Derecho han dado definiciones sobre el particular siendo de utilidad médico-legal las de Soler y Núñez.

El primero dice que perito “es un tercero llamado al juicio para suministrar esclarecimiento sobre hechos cuya verificación e interpretación requieren conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o industria”. Por su parte Núñez dice que “son las personas ajenas al objeto de un juicio que informan en él sobre elementos probatorios cuya verificación o valoración requieren conocimientos especiales en una ciencia, arte, industria o técnica.

En nuestro caso particular, el *perito médico* es el profesional médico que es designado por la autoridad judicial con el fin de asesorar sobre aspectos vinculados a los conocimientos que posee constituyéndose así en *auxiliar* de la justicia.

Dentro del proceso judicial en perito es un tercero ajeno al hecho que se investiga que por aptitud, idoneidad técnica, científica o artística es convocado por el juez para emitir una opinión fundada acerca de hechos controvertidos o dudosos cuya resolución requiere conocimientos especiales o sea que es quien asesora al magistrado desde su saber específico. A diferencia del *testigo*, perito no trae al proceso las percepciones sobre el hecho investigado, sino que “a posteriori”, del hecho, es llamado para analizar con metodología y procedimientos que son propios de su saber, los hechos y circunstancias que son sometidos a su consideración y que por su naturaleza escapan al conocimiento del juzgador.

B) Clasificación

Hay diversas formas de clasificar o categorizar a los peritos según desde el punto de vista que se los considere. Expondremos a continuación una propuesta de clasificación cuyas categorías no son excluyentes sino complementarias:

Puede clasificarse a los peritos de la siguiente forma:

- 1) según quien lo designe o se proponga;
 - 2) según su carácter o procedencia;
 - 3) según el Fuero en que actúen, y,
 - 4) según la especialidad sobre la que asesoran.
- 1) Teniendo en cuenta *quien designe o propone* el perito puede ser de **oficio** o designado por el juez, o, a *propuesta de las partes*.
- a) Designado por el juez: En este aspecto Código de procedimiento en materia penal en el artículo 258 dice que "El juez designará de oficio a un perito salvo que considere indispensable que sean más" mientras que la norma civil en el artículo 458 dice que "la prueba pericial estará a cargo de un perito único de oficio designado por el juez".
- b) Las partes involucradas en un juicio tienen la facultad de designar sus propios peritos llamándose en el fuero Penal *Peritos de parte* o *propuestos por las partes* y en el fuero Civil *consultores técnicos*.
- 2) Los peritos pueden ser clasificados según su carácter o bien su procedencia en:
- a) *Oficiales*: revisten el carácter de funcionarios y son los médicos de Tribunales (Médicos Forenses) y los Médicos de Policía (Médicos Legistas de la Policía).
- b) *No oficiales*: son los peritos designados de oficio, los propuestos por las partes y los procedentes de universidades, academias, corporaciones, institutos y entidades públicas o privadas de carácter científico o técnico.
- 3) Los peritos pueden ser clasificados según el fuero en que actúan ya que pueden participar dilucidando cuestiones de índole penal, civil, laboral, previsional entre las más frecuentes.
- 4) Según la especialidad sobre la que asesoran tenemos los siguientes tipos de peritos:
- a) Especialistas en medicina legal o médicos legistas cuya incumbencia esta explícitamente contemplada en los planes de estudio de los cursos superiores de la especialidad;
- b) Especialistas en medicina legal y en otra especialidad médica;
- c) Especialistas en alguna rama de la medicina que por sus conocimientos, trayectorias y antecedentes son designados por el juez a su criterio, o, a pedido o propuesta de alguna de las partes.

C) Condiciones que debe tener un perito médico

126 | Uno de los elementos que le da mayor fuerza o valor a la prueba pericial es la condición del perito. En este sentido tanto el código de forma en lo criminal

como el civil hacen mención en los artículos 254 y 464 respectivamente cuando dicen:

a) Artículo 254 "... los peritos deberán tener título de tales en la materia a que pertenezca el punto sobre el que han de expedirse..."

b) Artículo 464: "*Idoneidad*: si la profesión estuviese reglamentada el perito deberá tener título habilitante de la ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada a que pertenezcan las cuestiones acerca de las cuales deba expedirse".

Desde el punto de vista médico legal podemos sintetizar las condiciones que debe reunir el perito médico como se señala en el cuadro que sigue:

Condiciones del Perito Médico	a) Técnico-científicas	{ <i>Idoneidad</i>
	b) Éticas	{ <i>Deberá actuar con:</i> <i>Objetividad</i> <i>Imparcialidad</i> <i>Independencia</i> <i>Honestidad</i>

D) Los peritos médicos en el fuero penal

En el código de Fondo existen disposiciones que contemplan la actuación de los peritos en relación a la obligación de ser veraces en su dictamen. En efecto en el artículo 275 al referirse al *falso testimonio* se establecen las penalidades de la siguiente forma:

Artículo 275: "Será reprimido con prisión de 1 mes a 4 años el testigo, perito o intérprete que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad en todo o en parte, en su deposición, informe, traducción o interpretación hecha ante la autoridad competente. Si el falso testimonio se cometiera en una causa criminal en perjuicio del inculpado, la pena será de 1 a 10 años de reclusión o prisión. En todos los casos se impondrá al reo, además inhabilitación absoluta por doble tiempo del de la condena".

Por otra parte en el Código de Procedimientos hay disposiciones atinentes a los peritos siendo de importancia aquellas disposiciones referentes a la excusación, recusación y forma de hacer la labor pericial.

En lo referente a la excusación y recusación, el artículo 256 dice que sin perjuicio de las causales de incapacidad e incompatibilidad que establece el artículo 255 son causas de *Excusación y recusación de los peritos* las mismas que las establecidas para los jueces de los artículos 55 y 58.

Con respecto a la excusación, el perito deberá excusarse cuando, respecto de alguna de las partes:

- fuere pariente, tutor o curador;
- tuviere juicio pendiente iniciado con anterioridad;
- fuere acreedor, deudor o fiador;
- si hubiere manifestado extrajudicialmente su opinión sobre el caso;
- si tuviere enemistad manifiesta o amistad íntima;
- si hubiere recibido o reciban beneficios.

En relación a la *recusación* de los peritos, el artículo 58 establece que las partes, y sus defensores o mandatarios podrán recusar al perito cuando existan algunos de los motivos enumerados en el artículo 58.

Es de hacer notar que en cuando a la *excusación* la ley es terminante en cuanto impone la obligación de la misma cuando exista algunas de las causales tal como se desprende de la lectura del artículo cuando dice "deberá inhibirse" mientras que con respecto a la *recusación*, la misma es privativa de las partes que efectúen dicha presentación tal como se desprende del artículo 58 cuando dice: "podrán recusar..."

En cuanto a cómo debe efectuarse la labor pericial el artículo 262 al referirse a la ejecución del trabajo dice que los peritos deben actuar en forma conjunta: *los peritos practicarán unidos el examen, deliberarán en sesión secreta, a la que solo podrá asistir el juez y si estuvieren de acuerdo redactarán su informe en común. En caso contrario harán por separado sus respectivos dictámenes.*

E) Los peritos médicos en el fuero civil

También resultan de aplicación las normas respecto del falso testimonio a las que nos referimos anteriormente mientras que en código de Procedimientos hay disposiciones relativas al quehacer pericial siendo de importancia las siguientes:

a) En este fuero los peritos propuestos por las partes reciben el nombre de consultores técnicos;

b) En cuanto a la práctica de la pericia el artículo 471 establece que la pericia estará a cargo del perito designado por el juez mientras que los consultores técnicos solo podrán presenciar las operaciones técnicas que se realicen y formular las observaciones que se consideraren pertinentes.

En el artículo 472 se establece que el "perito presentará su dictamen por escrito, con copias para las partes el que deberá contener la explicación detallada de las operaciones técnicas realizadas y de los principios científicos en que se funde. Los Consultores técnicos de las partes podrán presentar por separado sus respectivos informes cumpliendo con los mismos requisitos".

c) *Las causales de excusación y recusación* son conceptualmente las mismas que las establecidas en el fuero penal.

Capítulo 2 — LA PERICIA MÉDICA

En este capítulo veremos los diversos aspectos de la pericia médica que son los siguientes:

- a) definición
- b) diferentes denominaciones
- c) formas de presentación
- d) estructura
- e) valor de la pericia médica

A) Definición

Es el informe que se presenta ante la autoridad judicial, a su requerimiento, con el objeto de responder a cuestiones de naturaleza técnica y/o científica extrajurídica que, por su naturaleza, escapan al conocimiento del juzgador.

Nunca como en Medicina Legal cada sujeto es para el perito un caso de conciencia porque no son problemas exclusivamente médicos los que resuelve, sino problemas morales vinculados a los primeros, pues de su informe medicolegal depende —muchas veces— el honor, la libertad y la dignidad de un hombre.

El informe médico-legal es el medio probatorio con el cual, se intenta obtener para el proceso, un dictamen fundado en especiales conocimientos científicos, útiles para el descubrimiento o valoración de un elemento de prueba.

En este sentido encontramos referencias en los Códigos de Procedimientos en lo Criminal y Civil. En efecto, en el primero, en el art. 253 se señala que *"... el juez podrá ordenar pericias siempre que para conocer o apreciar algún hecho circunstancia pertinente a la causa, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica"*.

Por otra parte en el Código de Procedimientos en lo Civil en el artículo 457 dice *"... será admisible la prueba pericial cuando la apreciación de los hechos controvertidos requiere conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada"*.

B) Denominaciones

En los diferentes textos de medicina legal nacionales y extranjeros y en trabajos científicos se conoce al informe medicolegal bajo diferentes nombres. Sea cual fuere su denominación, el objeto y fin del mismo es hacer llegar al conocimiento del juez lo más claramente posible la respuesta a los interrogantes planteados que como se dijo anteriormente son cuestiones, médicas, que están fuera del ámbito de su conocimiento.

Las diferentes denominaciones son:

- Pericia
- Pericia médica
- Dictamen pericial o medicolegal
- Pericia medicolegal
- Informe pericial
- Peritación medicolegal

C) Formas de presentación del dictamen pericial

El modo de presentación del informe ante la autoridad judicial puede ser oral o escrito, siendo la mayoría de las veces en esta última forma. No obstante ello, el juez puede solicitar aclaraciones las que algunas veces se realizan en forma oral.

También, y con respecto al modo de presentación del dictamen hay referencias en los Códigos de Procedimientos: en el fuero penal, el art. 263 dice: *"El*

dictamen pericial podrá expedirse por informe escrito o hacerse constar en acta.... Por otra parte el Código de procedimientos en lo Civil dice en el art. 472 que: *"El perito presentará su dictamen por escrito..."* y el art. 474 señala que: *"...cuando el objeto de la diligencia pericial fuese de tal naturaleza que permita el perito dictaminar inmediatamente, podrá dar su informe por escrito o en audiencia."*

Es de hacer notar que cuando en los códigos se expresa... "constar en acta", o, ... "en audiencia" significa que el informe se hace en el tribunal en forma oral.

D) Estructura de la pericia médica

Existe un modo de realizar el informe médicolegal escrito que en cierta medida podríamos decir que está normatizado y que tiene el mismo valor a lo que en medicina asistencial es la historia clínica. Representa la concreción de la tarea médico legal y consta de las siguientes partes:

a) *Proemio*: constituye la parte inicial en la que el perito se presenta con su nombre, número de matrícula, domicilio, especialidades que posee y el objeto por el cual fue designado.

b) *Antecedentes de autos de interés médicolegal*: en esta parte se consignan todos los elementos con que cuenta el perito para hacer su tarea y que son de tipo documental hallándose los mismos en el expediente;

c) *Estudio medicolegal*: constituye el substracto sobre el que se hace el informe y comprende si se trata de una persona el examen clínico y estudios complementarios mientras que si trata de un cadáver será el relato de la autopsia;

d) *Consideraciones médicolegales*: constituye la parte medular de la pericia en la que el perito, con claridad debe dar los fundamentos del diagnóstico que va a emitir así como, los hubiere, los diagnósticos diferenciales.

e) *Conclusiones*: es la parte final en la que se consigna el diagnóstico a que se ha llegado en base a las consideraciones precedentes. Esta parte es la que al juez le interesa pues debe darse respuesta a las preguntas que ha hecho cuando ha dispuesto el examen pericial. También en esta parte deben darse respuesta a los *puntos de pericia* que son precisamente las preguntas que suele hacer el juez y también las partes.

E) Valor de la pericia médica

La pericia es una prueba más. El juez no está obligado a aceptarla. Puede aceptarla, rechazarla, pedir aclaraciones o designar nuevos peritos.

Tanto el Código de procedimientos en lo penal como en lo civil señalan respectivamente en los artículos 263 y 386 que el "juez valorará la pericia de acuerdo con las reglas de la sana crítica".

En general el valor del dictamen pericial depende de los siguientes elementos:

1. Competencia, idoneidad, capacidad y condiciones científicas del perito;
2. Principios científicos en que se funda: estos principios son los que se de-

ben desarrollar en forma clara y concisa en el apartado de las consideraciones médicolegales;

- 3) Respuesta a los puntos de pericia;
- 4) Concordancia de las diversas opiniones científicas sobre el tema;
- 5) Concordancia con las reglas de la sana crítica.

LIBRO VIII

ÉTICA Y MEDICINA

María T. Curia

1. EL MÉDICO Y LA ÉTICA

La tecnología en Medicina en los últimos años y el nuevo rol asignado al paciente como sujeto de derecho, han creado situaciones que motivaron el surgimiento de la *Bioética* como lugar de debate y reflexión de estos problemas. Los contenidos más frecuentes de esta área de las Ciencias Médicas, por nombrar solo algunos son: inseminación artificial, cesión de vientres y de esperma, aborto, consentimiento informado, producción y uso de medicamentos, encarnizamiento terapéutico, problemática social del S.I.D.A. y clonación de seres humanos.

Si bien el término *Bioética* fue utilizado por primera vez por Von Rensselaer, Potter en 1971, en su libro "*Bioethics: bridge to the future*", la exigencia de un obrar con contenido ético, exigible a los médicos tiene una larga tradición. También se remonta al origen de la medicina el vínculo entre el médico y el poder que lograba a través de sus conocimientos y habilidades especiales.

Con el devenir histórico, el médico pasó de su condición de esclavo en Grecia y Roma hasta lograr un progresiva jerarquización de su tarea relacionada, principalmente, con un compromiso moral cada vez mayor en su relación con el paciente. El inicio de esta actitud podemos ubicarlo en el Juramento Hipocrático en donde se establecen el respeto por la vida humana desde su concepción y se dan las pautas de lo que es el Secreto Médico.

Con el devenir de los tiempos, la formación médica se centralizó en las Universidades, lo que contribuyó al monopolio del saber y también a la jerarquización de la labor médica lo que, como contrapartida, exigía altos niveles de moral y virtudes personales así como normas de cortesía y urbanidad en el trato con el paciente y la familia. De ese modo en el siglo XIX campeaba lo que podría denominarse la "ética de la virtud, el respeto y la cortesía".

El médico actuaba dando lo mejor de su saber y formación procurando el mayor beneficio para el paciente el que, en la gran mayoría de casos, con total y tal vez, inconsciente sumisión, era ajeno a toda intervención en las decisiones médicas. A través de la emergencia de la paulatina democratización social, que se inicia en la Revolución Francesa, se comenzó a cuestionar la ausencia del sujeto-paciente en la toma de decisiones médicas, situación que sufrió un enorme retroceso con la realización de los experimentos médicos en los campos de concentración a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Este intento de reversión de la relación médico-paciente en cuanto a la toma de decisiones, tomó nuevo impulso en la década de los años sesenta con la eclosión de los movimientos reivindicatorios de las minorías raciales, religiosas y étnicas que, en cierto modo, confluyeron en el reclamo de los pacientes que podría denominarse como de "oposición frente a la tiranía del experto".

Esta nueva posición o rol del paciente como sujeto activo en la relación con el médico coincidió con los avances científicos que mencionamos al comienzo de este capítulo y continúa en la actualidad.

2. BIOÉTICA

En la obra mencionada previamente, Potter define a esta disciplina como el *"estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y atención de la salud, examinándola a la luz de los principios y valores morales"*

Etimológicamente esta palabra proviene del griego: Bíos (vida) y Ethiké (moral) constituyéndose en un conjunto de principios éticos que brindan el sustento moral de las acciones médicas. Es un área del saber en la que confluyen la Medicina, el Derecho y la Filosofía aportando sus respectivos métodos.

Se define a la *ética* como la ciencia de "lo bueno, lo moral y lo justo". No debe interpretarse que, previo al nacimiento de la *bioética* como nueva disciplina, la *ética* era ajena al médico. Lo que caracterizaba a esa concepción ética en la actuación profesional era asimilar "lo bueno" con el "orden natural" y "lo malo", con el apartamiento de dicho orden. El médico munido de su saber y ante la enfermedad (desviación del orden natural) actuaba en el enfermo (apartado del orden natural), para restablecer el equilibrio. Así, el médico era el sujeto activo en esa relación mientras que el enfermo era el sujeto pasivo o paciente.

El médico actuaba en virtud de su conocimiento para el bien de su paciente. De esta forma, el *principio de beneficencia* estaba estrechamente ligado a un criterio paternalista o proteccionista.

Como ya señalamos, la progresiva democratización de la sociedad hizo que el paciente dejara de ser un sujeto pasivo para constituirse un sujeto con *autonomía moral* con derecho a ser consultado a la hora de la toma de decisiones trascendentes.

a) Principios y agentes morales de la bioética

Conforme lo hemos desarrollado, en la relación médico-paciente, a partir de los años 60 junto a la figura, hasta entonces hegemónica del médico, se perfila y emerge la figura del paciente como sujeto autónomo.

Alrededor de ambos se cristalizan dos de los principios de la Bioética.

Con el *médico* se identifica el *principio de beneficencia*. Ello es así, por la propia función del médico que implica realizar aquello que sea beneficioso para su paciente, evitándole en lo posible todo daño. En la unión de los principios de beneficencia con su contracara, el de no maleficencia, se logra el paradigma de hacer el bien con el mínimo de daño.

Con el *paciente* se asimila el *principio de autonomía*, según el cual, toda persona capaz tiene el derecho a tomar decisiones sobre su persona y a que sean respetados sus principios morales. Consecuentemente, será sujeto participativo y decisorio en las medidas atinentes a su salud.

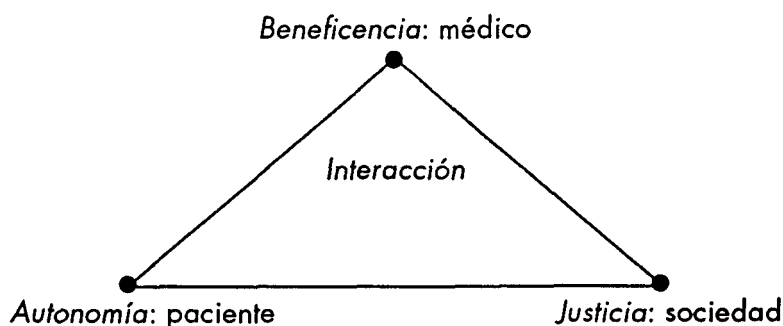
Vale aquí destacar que siempre que nos referimos al derecho al respeto a la autonomía del paciente, entendemos como tal, a un paciente capaz, en pleno

uso de sus facultades mentales, es decir, libre. Su decisión deberá tomarse con intención, discernimiento y libertad, para componer un acto voluntario pleno.

Junto al *principio de beneficencia*, ejercido por el médico y al de *autonomía*, ejercido por el paciente, surge un tercer elemento equivalente en jerarquía. El médico y el paciente interactúan en y con la sociedad. Por una parte, toda la sociedad pretende tener acceso a las prestaciones de salud en igualdad de condiciones vehiculizadas por distintas vías: Hospitales Públicos, Obras Sociales, empresas de medicina prepaga u otras formas de tercerización y ambos elementos o sea la *sociedad* y las fuentes de las *prestaciones* médicas constituyen el tercer elemento o sujeto de la Bioética conocido como *principio de justicia*.

b) Interacción de los principios

Los principios actúan en forma conjunta y dinámica, y, con igual jerarquía, sin preeminencia de uno sobre otro:



Estos principios se rigen por *reglas* que son:

1. Veracidad: la información que se da al paciente debe ser veraz y completa.

2. Confidencialidad: la relación está protegida por el Secreto Médico.

3. Consentimiento informado: toda decisión médica debería contar con la aprobación o rechazo por parte del paciente. Este tema se desarrolla en el punto 3) al que nos remitimos.

De acuerdo al ámbito de discusión y aplicación de los postulados de la Bioética se habla de:

a) Microbioética: son los temas vinculables a la relación médico-paciente;

b) Mesobioética: concierne a la toma de decisiones en general, o sea principios generales del actuar médico como lo relativo a distancia, clonación, etc.

c) Macrobioética: se ocupa de temas vinculados a la salud medioambiente como conservación del ecosistema, escasez de recursos naturales, etc.

3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

a) Concepto

Es la declaración de la voluntad de un sujeto capaz y libre con respecto a la propuesta del médico acerca de la aplicación de un procedimiento diagnóstico

o terapéutico si no mediar una situación de urgencia. Deberá hacerse referencia a los beneficios, efectos adversos y complicaciones esperables.

No puede requerirse el consentimiento a un paciente en situaciones de incapacidad o inconciencia ya que en esa situación tal decisión queda en manos de los familiares, debiendo solicitarse, en ausencia de éstos, en algunos casos, la autorización judicial. Tampoco tiene lugar el consentimiento del paciente en situaciones de emergencia, en donde haya peligro de vida, en las que el médico debe actuar según su criterio, encuadrado en el "estado de necesidad", previsto en la legislación vigente.

El consentimiento del paciente basado en el principio de autonomía ha adquirido en nuestro país rango constitucional al incorporarse a la Constitución diversos tratados entre los que se halla el Pacto de San José de Costa Rica.

En la ley del ejercicio de la medicina está previsto el *consentimiento informado* en caso de operaciones mutilantes (artículo 19 inciso 3). En el Código de Ética Médica, en los artículos 15 a 20 se tratan casos puntuales en los que, previa a la intervención médica, debe solicitarse el *consentimiento*: operaciones mutilantes, castración; terapéutica convulsivamente y riesgosa; operación a menores de edad y esterilización.

Se asiente lo que se conoce y se conoce lo que es explicado de acuerdo al nivel cultural del receptor de la información. El consentimiento es, de esta forma, no un acto formal, sino un proceso que debe tener como objeto lograr la comprensión por parte del paciente de la situación que se pone a su consideración y que culmina con su aceptación o rechazo.

En nuestra legislación la mejor formulación de los requisitos y características del consentimiento informado están el artículo 13 de la Ley de Transplantes, donde se establece que: "los profesionales deberá informar a cada paciente y su grupo familiar de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante —según el caso—, sus secuelas físicas y psíquicas, ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosímilmente, puedan resultar para los actores. Luego de asegurarse que el dador y el receptor han comprendido el significado de la información suministrada, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar debiendo quedar constancia documentada del acuerdo ..."

En el Derecho Civil rige el principio de *analogía*. En efecto, atento a lo dispuesto en el artículo 16 del Código de la materia, en caso de ausencia de normas expresas y ante diversas situaciones, se deberán aplicar las normas de casos análogos. La tendencia actual de la jurisprudencia en nuestro país, es aplicar por analogía los requisitos del *consentimiento informado* del artículo 13 de la ley de Transplantes, en todos los casos en que sea necesario.

b) Excepciones

Las excepciones al Consentimiento Informado son:

— *Urgencia*: situación en que corra peligro la vida del paciente, donde se solicitará autorización a los familiares si pueden ser habidos, y en última instancia decidirá el médico actuante (estado de necesidad).

— *Minoridad, Inconciencia, privación de razón*: en todo paciente incapaz por edad o por inconciencia, se requerirá la autorización de su representante legal con intervención del Defensor de Menores e Incapaces.

— *Renuncia*: nadie puede ser obligado a aceptar lo que no quiere.

— *Privilegio terapéutico*: circunstancia en que el médico, por el especial conocimiento que tiene de su paciente y su situación vivencial decide no brindar determinada información aplicando el principio de no maleficencia.

c) Derechos del médico y del paciente

Así como el paciente tiene el derecho a ser informado con las características expuestas más arriba, el médico tendrá el derecho de no proporcionarle al paciente la información en forma automática e indiscriminada, haciendo uso del privilegio terapéutico más arriba descrito. Si eventualmente esta actitud lo lleva ante los estrados de la justicia, invocará el principio de no maleficencia.

4. INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

El surgimiento del paciente como individuo autónomo conlleva el derecho a investigar lo que se concretó en el artículo 19 de la Declaración de Derechos Humanos de la O.N.U. de 1948 que expresa que: "Todo individuo tiene el derecho a la libertad de expresión, este derecho incluye el de *investigar y recibir información*, el de no ser molestado por sus opiniones y difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión".

En el ámbito de la medicina este derecho encuentra limitaciones propias, que reconocen en sus antecedentes, como ya lo adelantáramos, los experimentos en poblaciones cautivas que constituyeron delitos contra la humanidad, así considerados durante el juicio de Nuremberg.

La consideración bioética sobre la investigación tiene que ver no sólo con las reglas de probidad y honestidad científica y con estándares reconocidos internacionalmente, sino con que el objeto de experimentación es nada más ni nada menos que la vida y salud de un ser humano. Siempre la ciencia debe tener como objetivo el mejoramiento de la calidad de vida y esto implica una reflexión sobre los procedimientos de investigación.

Como resultado de los citados experimentos sobre poblaciones cautivas así como la reivindicación de los derechos de las minorías —y de los pacientes frente a la "tiranía del experto"— desde 1940 en adelante surgieron varias declaraciones de la comunidad médica internacional, entre las que mencionamos las siguientes:

1947: Código de Nuremberg;

1964: Declaración de Helsinki I de la A.M.A. (American Medical Association);

1975: Declaración de Helsinki de la A.M.A. (American Medical Association);

1983: Declaración modificada por la W.M.A. en Venecia (World Medical Association);

1989: Declaración modificada por la W.M.A. de Hong Kong.

De todas ellas surgen las siguientes conclusiones:

— El consentimiento debe ser solicitado por el profesional médico al pacien-

te informándole los objetivos, métodos, beneficios posibles y riesgos previsibles de la investigación.

— En caso de incapacidad el consentimiento deberá ser solicitado al representante legal.

— Los protocolos de investigación deberán ser aprobados por los Comités Hospitalarios de Ética de Investigación u organismo equivalente.

— La investigación en seres humanos deberá ser precedida por las fases previas de experimentación en animales.

— Pueden publicarse los trabajos en los que deberán constar los resultados obtenidos.

— Deberá asegurarse el derecho a la intimidad y asegurarse de producir el menor impacto en la privacidad de los pacientes.

El deber de informar adquiere especial relevancia cuando el procedimiento terapéutico se halla en la fase experimental o cuando el criterio terapéutico no cuenta con una casuística suficiente.

5. BIOÉTICA Y PROYECTO GENOMA HUMANO

El proyecto de identificación de todos los genes codificantes del ADN humano avanza a pasos agigantados. Previsto inicialmente para el año 2005, se piensa que podría lograrse alrededor de comienzos del 2001.

Ello hace imperativo contar con los requerimientos bioéticos y médicos legales para la implementación de la información y uso de la misma que de él emerja.

El Proyecto Genoma Humano abre posibilidades de progreso inconmensurables en el tratamiento de enfermedades, hasta ahora incurables, como en la prevención de su ocurrencia. Como contracara conlleva posibilidades de discriminación en la esfera laboral, en la de los seguros y en la de los test prenatales, lo que deberá ser previsto a la luz de los principios de la Bioética.

6. EUTANASIA Y DISTANASIA

Así como las posibilidades del *nacer*, han aumentado con el progreso de la tecnología (ver Fecundación Asistida), también se han acrecentado las posibilidades de influir sobre las formas de *morir* de los seres humanos. Diversas tecnologías posibilitan la prolongación de la vida siendo cuestionada su aplicación cuando la situación es irreversible (ver Muerte Encefálica). El núcleo de esta problemática consiste en lograr un equilibrio y optar entre la decisión del mantenimiento de "la vida" y la decisión del mantenimiento de "una calidad de vida que preserve la dignidad de la persona".

Eutanasia etimológicamente significa "buen morir" pero en un sentido más amplio es "provocar la muerte de un paciente por acción u omisión con el fin de evitarle el sufrimiento que, en algunos casos, degrada su calidad de vida". Es una práctica penada penalmente considerada según sea el caso como de instigación o ayuda al suicidio u homicidio. Éticamente constituye una práctica reprochable y contraria al bien común. El Código de Ética, en el artículo 117 se dice: "En ningún caso el médico está autorizado para abreviar la vida del enfer-

mo, sino para aliviar su enfermedad, mediante los recursos terapéuticos del caso”.

Distanasia o encarnizamiento terapéutico, implica todo obrar médico que tiende a la prolongación del morir cuando ya no hay posibilidades ciertas de obtener curación ni mejoría alguna.

Ya desde el siglo XVI se comenzó a distinguir entre métodos ordinarios y extraordinarios referidos a las prácticas médicas, teniéndose en cuenta no sólo criterios objetivos sino la negativa o aceptación del paciente.

Sólo los medios ordinarios se consideraban obligatorios en su aplicación.

Actualmente estos términos han sido reemplazados por los de proporcionados o desproporcionados según la terminología utilizada en el Concilio Vaticano II.

Juan Pablo II, en su Encíclica *Humanae Vitae* de 1968 manifiesta “... hay que examinar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a la perspectiva de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia ...”

En los pacientes terminales la aplicación de medios extraordinarios o desproporcionados es un caso típico de *distanasia*, opuesta al principio de beneficencia y no maleficencia. Debe proporcionarse asistencia por el médico de cabecera que atenderá los síntomas que pudieran aparecer y evitar el tránsito hacia su muerte con aislamiento, dolor o desfiguración. Si bien el sitio ideal es la atención en el hogar, cuando las condiciones no sean apropiadas, esta atención se deberá brindar en el hospital o institución similar procurando facilitar en todo momento el contacto del paciente con sus familiares o amigos.

La medicina y el quehacer del médico en esta etapa deberá, más que nunca, estar centrada en el enfermo y no en la enfermedad.

7. LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE ÉTICA

En el principio, los comités eran el ámbito de discusión y consulta acerca de distintas opciones terapéuticas aplicables a un paciente dado. Luego con el planteamiento de dilemas de orden moral, fueron grupos interdisciplinarios de consulta en temas asistenciales, de investigación y de docencia.

En la actualidad, en los comités no sólo se discute la aplicación de normas preestablecidas sino que también tratan de dar nuevas opciones ante situaciones inéditas. Son organismos integrados por médicos, juristas, filósofos, religiosos de diferentes credos y miembros de la comunidad interesados en el tema y que conforman un espacio de reflexión para dar una base consensuada sobre toma de decisiones ante situaciones conflictivas.

De acuerdo al ámbito de actuación existen los Comités Hospitalarios de Ética Asistencial y los de Ética de Investigación.

a) Los Comités Hospitalarios de Ética Asistencial

Los *Comités Hospitalarios de Ética Asistencial* emiten pautas de orientación ante los casos puntuales, actúan por pedido o sea por demanda y sus opiniones son no vinculantes, es decir, que esas decisiones no son de aplicación perentoria.

Sus funciones son: educativa, casuística y normativa.

La función *educativa* o *docente* se ejerce en tres niveles:

- a) Educación de los propios integrantes del Comité en temas de derecho, ética y humanidades;
- b) Educación de la comunidad hospitalaria;
- c) Educación y difusión a la comunidad en general ya que una de las funciones del comité es servir de intermediario entre la medicina y el público en general.

La función *casuística* o de revisión de casos consiste en el análisis de casos de un modo retrospectivo con el fin de ofrecer, ante casos similares, recomendaciones a quienes se interesen y las soliciten.

La función *normativa* es el resultado del trabajo del comité y significa su inserción en el medio hospitalario. Una *norma* consta de los siguientes elementos:

- a) Establecimiento de la disposición en forma breve y concisa definiendo concretamente la situación objeto de la decisión del Comité;
- b) Fundamentos científicos y éticos en que se basa la norma;
- c) Procedimiento a aplicar en casos análogos.

Indudablemente, con sus decisiones, los Comités cumplen —muchas veces— una función de prevención a través de un asesoramiento oportuno tendientes a evitar los juicios por responsabilidad profesional. El grupo que integra el comité de ética asistencial debe enmarcar su accionar en una actitud de apertura y diálogo tratando de conseguir lo prudente y razonable para cada situación que es sometida a su consideración.

Resulta oportuno transcribir la "*Declaración conjunta de la Asociación de Médicos Municipales y la Sociedad de Ética en Medicina (A.M.A.) sobre constitución de Comités de Ética Hospitalaria en la que se delinea con precisión la necesidad de la formación de estos organismos y sus funciones específicas*:"

"Los Comités de Ética Hospitalaria nacieron ante la necesidad de hallar respuestas a situaciones dilemáticas que habitualmente se presentan en las tareas hospitalarias, igual que en otros centros de atención de pacientes. Su aparición coincide con el cambio de modelo en la relación médico-paciente que en la actualidad se verifica al producirse el reemplazo del paternalismo médico por el principio de autonomía del paciente con derecho a conocer plenamente referencias ilustrativas sobre su enfermedad y en base a esta información autorizar su tratamiento como así también el empleo de los medios diagnósticos.

La complejidad creciente del quehacer profesional, con la incorporación cada vez mayor de procedimientos diagnósticos y terapéuticos plantean dilemas éticos que son verdaderos interrogantes para los profesionales de la salud. Un significativo aporte a su solución lo constituyen los Comités de Ética Hospitalaria, cuya constitución apoyamos plenamente, en cuanto lugar de excelencia para desarrollar el diálogo interdisciplinario entre los responsables del quehacer profesional (médicos, odontólogos, bioquímicos, colaboradores de los mismos enfermeros, técnicos, asistentes sociales, etc., psicólogos, sociólogos, filósofos, juristas como así también clérigos de las diversas religiones, y por otra parte, representantes de la comunidad que utiliza los servicios del centro asistencial (Cooperadoras, Centros comunitarios en general).

Su tarea será en primer término colaborar en el análisis de los problemas puntuales que a diario se presentan en dichos centros, con el objeto de contribuir a esclarecer las aristas conflictuales, en busca de un adecuado y útil consen-

so. Cabe recalcar que de ninguna manera el Comité actuará como Tribunal y por consiguiente, no dictará sentencias ni aplicará sanciones de ninguna clase. Por otra parte, es conveniente que realice reuniones periódicas destinadas a difundir entre los profesionales y también la población, conocimientos sobre temas de contenido ético. La información adquiere así jerarquía educacional. Para la practicidad funcional del Comité es aconsejable que se integre con un número de no más de cinco o seis miembros permanentes, que se ampliará cada vez que el tema necesite de especialistas, sociólogos, juristas, filósofos, representantes de credos religiosos, etc.

Para la constitución de los Comités de Ética Hospitalaria sugerimos la siguiente modalidad operatoria. La Sociedad Gremial Médica designa para incorporar al mismo los miembros que señala más arriba poniéndose a ese efecto en contacto con las organizaciones y grupos correspondientes. En caso de no existir esa Asociación gremial podría ser remplazada por el Departamento de Docencia e Investigación y, en última instancia, la designación del Coordinador quedaría a cargo de la Dirección del Centro Asistencial. Subrayamos dos detalles fundamentales: a) El Comité es centro de estudio y análisis de problemas éticos. No será tribunal de ética o de honor. No será árbitro ni aplicará sanciones de ninguna índole. b) Actuará independientemente de las autoridades hospitalarias, aún en el caso que éstas designen al Coordinador. Podrá colaborar con las autoridades mediante sugerencias, pudiendo esta tarea realizarse en ambas direcciones.

Así entendido el funcionamiento del Comité de Ética Hospitalaria se convertirá a buen seguro en un medio efectivo para jerarquizar nuestra labor profesional, clarificando problemas y contribuyendo a hallar soluciones a través de un mecanismo deliberativo, profundamente democrático".

b) Comités Hospitalarios de Ética de investigación

En la provincia de Buenos Aires se promulgó la ley 11.044 de investigación en seres humanos creándose los Comités Hospitalarios Científicos y de Ética o *Comités Hospitalarios de Ética de investigación*.

Esta ley determina la protección que deben tener los grupos vulnerables como mujeres embarazadas, persona por nacer, etc. Deberán integrar estos comités profesionales versados en las normativas nacionales e internacionales sobre ética de la investigación.

Las funciones de estos comités, cuyas decisiones son de aplicación obligatoria diferenciándose así de los comités de ética asistencial, son las siguientes:

a) asesoramiento al Director de la institución para autorizar investigaciones evaluando riesgos y beneficios asegurando el bienestar de las personas sometidas a la investigación biomédica en todos los casos con el correspondiente consentimiento informado;

b) asistir al equipo de investigación sobre los valores y principios que deben observarse y respetarse; y

c) controlar la efectiva aplicación de la ley.

Código de Ética Médica de la República Argentina (C.O.M.R.A., 1955)

CAPÍTULO I

DEBERES DE LOS MÉDICOS CON LA SOCIEDAD

Art. 1º — En toda actuación el médico cuidará de sus enfermos ateniéndose a su condición humana. No utilizará sus conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. En ninguna circunstancia es permitido emplear cualquier método que disminuya la resistencia física o mental de un ser humano, excepto por indicación estrictamente terapéutica o profiláctica determinada por el interés del paciente, aprobadas por una junta médica. No hará distinción de nacionalidad, de religión, de raza, de partido o de clase; sólo verá al ser humano que lo necesita.

Art. 2º — El médico prestará sus servicios ateniéndose más a las dificultades y exigencias de la enfermedad que al rango social o los recursos pecuniarios de su cliente.

Art. 3º — El médico debe ajustar su conducta a las reglas de la circunspección, de la probidad y del honor; será un hombre honrado en el ejercicio de su profesión, como en los demás actos de su vida. La pureza de costumbres y los hábitos de templanza son asimismo indispensables, por cuanto sin un entendimiento claro y vigoroso no puede ejercer acertadamente su ministerio, ni menos estar apercibido para los accidentes que tan a menudo exigen la rápida y oportuna intervención del arte de curar.

Art. 4º — Auxiliará a la administración pública en el cumplimiento de sus disposiciones legales que se relacionan con la profesión, de ser posible con asesoramiento de su entidad gremial.

Art. 5º — Cooperará con los medios técnicos a su alcance a la vigilancia, prevención, protección y mejoramiento de la salud individual y colectiva.

Art. 6º — Los médicos están en el deber de combatir la industrialización de la profesión, el charlatanismo y el curanderismo, cualquiera sea su forma, recurriendo para ello a todos los medios legales de que disponen, con intervención de su entidad gremial.

del enfermo, ya sea en el ejercicio, en la atención por entidades particulares o por el Estado.

Art. 8º — La obligación del médico en ejercicio de su profesión, de atender a un llamado, se limita a los casos siguientes:

a) Cuando no hay otro facultativo en la localidad en la cual ejerce la profesión y no existe servicio público;

b) Cuando es otro médico quien requiere, espontáneamente, su colaboración profesional y no exista en las cercanías otro capacitado para hacerlo;

c) En los casos de suma urgencia o de peligro inmediato para la vida del enfermo.

Art. 9º — El médico evitará en sus actos, gestos y palabras, todo lo que pueda obrar desfavorablemente en el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo sin necesidad: pero si la enfermedad es grave y se tema un desenlace fatal, o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo, la notificación oportuna es de regla y el médico lo hará a quien a su juicio corresponda.

Art. 10 — La revelación de incurabilidad se le podrá expresar directamente a ciertos enfermos cuando, a juicio del médico, y de acuerdo a la modalidad del paciente, ello no le cause daño alguno y le facilite en cambio la solución de sus problemas.

Art. 11 — La cronicidad o incurabilidad no constituyen un motivo para que el médico prive de asistencia al enfermo. En los casos difíciles o prolongados, es conveniente y aun necesario, provocar consultas o juntas con otros colegas, en beneficio de la salud y de la moral del enfermo.

Art. 12 — El profesional debe respetar las creencias religiosas de sus clientes y no oponerse al cumplimiento de los preceptos religiosos, siempre que esto no redunde en perjuicio de su estado.

Art. 13 — El número de visitas y la oportunidad de realizarlas serán lo estrictamente necesario y oportuno para seguir debidamente el curso de la enfermedad. Las visitas muy frecuentes o fuera de hora alarman al paciente y pueden despertar sospechas de miras interesadas.

Art. 14 — Salvo casos de urgencia, la anestesia general no se hará sin la presencia de otro médico o de personal auxiliar capacitado.

Art. 15 — El médico no hará ninguna operación mutilante (amputación, castración, etc.) sin previa autorización del enfermo, la que se podrá exigir por escrito o hecha en presencia

CAPÍTULO II

DEBERES DE LOS MÉDICOS PARA CON LOS ENFERMOS

Art. 7º — Toda la asistencia médica debe basarse en la libre elección del médico por parte

de testigos hábiles. Se exceptúan los casos en los cuales la indicación surja del estado de los órganos en el momento de la realización del acto quirúrgico o el estado del enfermo no lo permita. En estos casos se consultará con el miembro de la familia más allegado o en ausencia de todo familiar o representante legal, después de haber consultado y coincidido con otros médicos presentes. Todos estos hechos conviene dejarlos por escrito y firmados por los que actuaron.

Art. 16 — Asimismo la terapéutica convulsivante o cualquier otro tipo de terapéutica neuropsiquiátrica o neuroquirúrgica, debe hacerse mediando autorización escrita del enfermo o de sus allegados.

Art. 17 — El mismo criterio se seguirá en todos los casos de terapéuticas riesgosas a juicio del médico tratante.

Art. 18 — El médico no practicará ninguna operación a menores de edad, sin la previa autorización de los padres o tutor del enfermo. En caso de menores adultos, su consentimiento será suficiente tratándose de operaciones indispensables y urgentes y no hubiese tiempo de avisar a sus familiares. Conviene dejar constancia por escrito.

Art. 19 — El médico no podrá esterilizar a un hombre o a una mujer, sin una indicación terapéutica perfectamente determinada.

Art. 20 — El médico no confiará sus enfermos a la aplicación de cualquier medio de diagnóstico o terapéutico, nuevo o no, que no haya sido sometido previamente al control de las autoridades científicas reconocidas.

CAPÍTULO III DEBERES DE LOS MÉDICOS PARA CON LOS COLEGAS

a) Asistencia médica

Art. 21 — Es de buena práctica asistir sin honorarios al colega, su esposa, sus hijos y los parientes de primer grado siempre que se encuentren sometidos a su cargo y no se hallen amparados por ningún régimen de previsión.

Art. 22 — Si el médico que solicita la asistencia reside en lugar distante y dispone de suficientes recursos pecuniarios, su deber es remunerarle en proporción al tiempo invertido y a los gastos que le ocasione.

Art. 23 — Cuando el médico no ejerce activamente la profesión y su medio de vida es un negocio o profesión distinta o rentas, es optativo de parte del médico que lo trata el pasar honorarios y no de parte del que recibe la atención el no abonarlos.

Art. 24 — En el juicio sucesorio de un

médico sin herederos de primer grado, al médico que lo asistió corresponde sus honorarios.

b) Relaciones profesionales

Art. 25 — El respeto mutuo entre los profesionales del arte de curar, la no intromisión en los límites de la especialidad ajena y el evitar desplazarse por medios que no sean los derivados de la competencia científica, constituyen las bases de la ética que rige las relaciones profesionales.

Art. 26 — Se entiende por médico ordinario o habitual de la familia o del enfermo aquel a quien en general o habitualmente consultan los nombrados. Médico de cabecera es aquel que asiste al paciente en su dolencia actual.

Art. 27 — El gabinete del médico es un terreno neutral donde pueden ser recibidos y tratados todos los enfermos, cualesquiera sean los colegas que lo hayan asistido con anterioridad y las circunstancias que preceden a la consulta. No obstante, el médico tratará de no menoscabar la actuación de sus antecesores.

Art. 28 — El llamado a visitar en su domicilio a un paciente atendido en su actual enfermedad por otro médico, no debe aceptarse, salvo lo previsto en el artículo 8º, o en ausencia, imposibilidad o negativa reiterada de hacerlo por el médico de cabecera, o con su autorización. Todas estas circunstancias que autorizan concurrir al llamado y, si ellas se prolongan, a continuar en la atención del paciente, deben comprobarse y de ser posible documentarse en forma fehaciente y hacerlas conocer al médico de cabecera.

Art. 29 — Si por las circunstancias del caso el médico llamado supone que el enfermo está ya bajo tratamiento de otro, deberá averiguarlo y ante su comprobación ajustar su conducta posterior a las normas prescriptas en este Código, comunicándolo al médico de cabecera.

Art. 30 — Las visitas de amistad o sociales o de parentesco de un profesional a un enfermo atendido por un colega deben hacerse en condiciones que impidan toda sospecha de miras interesadas o de simple control. El deber del médico es abstenerse de toda pregunta u observación tocante a la enfermedad que padece o tratamiento que sigue y evitará cuanto, directa o indirectamente, tienda a disminuir la confianza depositada en el médico tratante.

Art. 31 — Durante las consultas, el médico consultor observará honrada y escrupulosa actitud en lo que respecta a la reputación, moral y científica del de cabecera, cuya conducta deberá justificar siempre que coincida con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la ciencia; en todo caso, la obli-

gación moral del consultor, cuando ello no involucre perjuicio para el paciente, es atenuar el error y abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de afectar el crédito del médico de cabecera y la confianza en él depositada.

Art. 32 — Ningún médico consultor debe convertirse en médico de cabecera del mismo paciente, durante la enfermedad para la cual fue consultado. Esta regla tiene las siguientes excepciones:

- a) Cuando el médico de cabecera cede voluntariamente la dirección del tratamiento;
- b) Cuando la naturaleza de la afección hace que sea el especialista quien deba encargarse de la atención;
- c) Cuando así lo decida el enfermo o sus familiares y lo expresen en presencia de los participantes de la consulta o junta médica.

Art. 33 — La intervención del médico en los casos de urgencia, en enfermos atendidos por un colega, debe limitarse a las indicaciones precisas en ese momento. Colocado el enfermo fuera de peligro o presentado su médico de cabecera, su deber es retirarse o cederle la atención, salvo pedido del colega de continuarla en forma mancomunada.

c) Relaciones científicas y gremiales

Art. 34 — Todo médico debe:

- a) Propender al mejoramiento cultural, moral y material de todos los colegas;
- b) Defender a los colegas perjudicados injustamente en el ejercicio de la profesión;
- c) Propender por todos los medios adecuados al desarrollo y progreso científico de la medicina, orientándola como función social;
- d) Mantener relaciones científicas y gremiales a través del intercambio cultural con organizaciones médicas nacionales o extranjeras afines, con objeto de ofrecer y recibir las nuevas conquistas que la ciencia médica haya alcanzado; favoreciendo y facilitando la obtención de becas de perfeccionamiento a los colegas jóvenes;
- e) Cuando el médico sea elegido para un cargo gremial o científico, debe entregarse de lleno a él para beneficio de todos. La facultad representativa o ejecutiva del dirigente gremial no debe exceder los límites de la autorización otorgada, y, si ella no lo hubiere, debe obrar de acuerdo al espíritu de su representación y *ad referendum*;

f) Todo médico tiene el deber y el derecho de afiliarse libremente a una entidad médico-gremial y colaborar para desarrollar el espíritu de solidaridad gremial y ayuda mutua entre los colegas y cumplirá las medidas aprobadas por la entidad médico-gremial a que pertenezca.

La afiliación a dos o más entidades gremiales que sean opuestas en principios o medios de ponerlos en práctica, constituye falta a la ética gremial;

g) Toda relación con el Estado, con las compañías de seguros, mutualidades, sociedades de beneficencia, etc., debe ser regulada mediante la asociación gremial a la que se pertenece, la que se ocupará de la provisión de cargos por concurso, escalafón, inamovilidad, jubilación, aranceles, cooperativas, etc. En ningún caso el médico debe aceptar convenio o contrato profesional por servicios de competencia genérica, que no sean establecidos por una entidad gremial;

h) El médico no podrá firmar ningún contrato que no sea visado por la entidad gremial;

i) Es obligación de los médicos someter toda interpretación o proyecto de modificaciones del presente Código de Ética Médica, a la entidad médico-gremial a que pertenece.

CAPÍTULO IV

DE LOS DEBERES DEL MÉDICO CON LOS PROFESIONALES AFINES Y AUXILIARES DE LA MEDICINA

Art. 35 — El médico cultivará cordiales relaciones con los profesionales de las otras ramas del arte de curar y auxiliares de la medicina, respetando estrictamente los límites de cada profesión.

Art. 36 — Cuando se trata a los profesionales afines de la medicina o al personal auxiliar, no hay obligación de prestar gratuitamente nuestros servicios médicos; ello es optativo del que los presta y no del que los recibe.

Art. 37 — El médico no debe confiar en los auxiliares de la medicina lo que a él exclusivamente le corresponde en el ejercicio de la profesión, ni ejercerá las funciones propias de ellos. En la imposibilidad de hacerlo todo personalmente, debe recurrir a la colaboración de un colega y realizar la atención en forma mancomunada.

Art. 38 — Los médicos, odontólogos, bioquímicos y parteras, podrán asociarse con la finalidad de constituir un equipo técnico, para el mejor desempeño profesional.

CAPÍTULO V

DE LAS CONSULTAS Y JUNTAS MÉDICAS

Art. 39 — Se llama consulta médica a la reunión de dos o más colegas para intercambiar opiniones respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de un enfermo en asistencia de uno de ellos.

Art. 40 — Ni la rivalidad, celos o intole-

rancia en materia de opiniones, deben tener cabida en las consultas médicas; al contrario, la buena fe, la probidad, el respeto y la cultura se imponen como un deber en el trato profesional de sus integrantes.

Art. 41 — Las consultas o juntas médicas se harán por indicación del médico de cabecera o por medio del enfermo o con sus familiares. El médico debe provocarlas en los siguientes casos:

- a) Cuando no logre hacer diagnóstico;
- b) Cuando no tiene un resultado satisfactorio con el tratamiento empleado;
- c) Cuando, por la gravedad del pronóstico, necesite compartir su responsabilidad con otro u otros colegas.

Art. 42 — Cuando es el enfermo o sus familiares quienes la promueven, el médico de cabecera no debe oponerse a su realización y en general debe aceptar el consultor propuesto, pero le cabe el derecho de rechazarlo por causa justificada. En caso de no llegar a un acuerdo, el médico de cabecera está facultado para proponer la designación de uno por cada parte, lo que de no ser aceptado la autoriza anegar la consulta y queda dispensado de continuar la atención.

Art. 43 — Los médicos están en la obligación de concurrir a las consultas con puntualidad. Si después de una espera prudencial, no menor de quince minutos, el médico de cabecera no concurre ni solicita otra corta espera, él o los médicos consultantes, están autorizados a examinar al paciente.

Art. 44 — Reunida la consulta o junta, el médico de cabecera hará la relación del caso sin omitir ningún detalle de interés y hará conocer el resultado de los análisis y demás elementos del diagnóstico empleados, sin precisar diagnóstico, el cual puede entregar por escrito, en sobre cerrado, si así lo deseara. Acto continuo los consultores revisarán al enfermo. Reunida de nuevo la junta los consultores emitirán su opinión, principiando por el de menor edad y terminando por el de cabecera, quien en este momento dará su opinión verbal o escrita. Corresponde a este último resumir las opiniones de sus colegas y formular las conclusiones que se someterán a la decisión de la junta. El resultado final de estas deliberaciones lo comunicará el médico de cabecera al enfermo o a sus familiares, delante de los colegas, pudiendo ceder a cualquiera de ellos esta misión.

Art. 45 — Si los consultantes no están de acuerdo con el de cabecera, el deber de éste es comunicarlo así al enfermo o sus familiares, para que decidan quién continuará con la asistencia.

Art. 46 — El médico de cabecera está autorizado para levantar y conservar un acta

con las opiniones emitidas, que, con él, firmarán todos los consultores toda vez que por razones relacionadas con las decisiones de la junta, crea necesario poner su responsabilidad a salvo de las falsas interpretaciones.

Art. 47 — En las consultas y juntas se evitarán las disertaciones profundas sobre temas doctrinarios o especulativos y se concretará la discusión a resolver prácticamente el problema clínico presente.

Art. 48 — Las decisiones de las consultas y juntas pueden ser modificadas por el médico de cabecera, si así lo exige algún cambio en el curso de la enfermedad, pero todas las modificaciones, como las causas que las motivaron, deben ser expuestas y explicadas en las consultas siguientes.

Art. 49 — Las discusiones que tengan efecto en las juntas, deben ser de carácter confidencial. La responsabilidad es colectiva y no le está permitido a ninguno eximirse de ella, por medio de juicios o censuras emitidas en otro ambiente que no sea el de la junta misma.

Art. 50 — A los médicos consultores les está terminantemente prohibido volver a la casa del enfermo después de terminada la consulta, salvo el caso de urgencia o con autorización expresa del médico de cabecera, con anuencia del enfermo o sus familiares, así como hacer comentarios particulares sobre el caso.

Art. 51 — Cuando la familia no puede pagar una consulta, el médico de cabecera podrá autorizar por escrito a un colega para que examine al enfermo en visita ordinaria. Este está obligado a comunicarse con el de cabecera o enviarle su opinión escrita, bajo sobre cerrado.

CAPÍTULO VI

DE LOS CASOS DE URGENCIA, DEL REEMPLAZO MÉDICO Y DE LA ATENCIÓN MANCOMUNADA

Art. 52 — El médico que por cualquier motivo de los previstos en este Código atiende a un enfermo en asistencia de un colega, debe proceder con el máximo de cautela y discreción en sus actos y palabras, de manera que no puedan ser interpretadas como una rectificación o desautorización del médico de cabecera, y evitará cuanto, directa o indirectamente, tienda a disminuir la confianza en él depositada.

Art. 53 — El médico que es llamado por un caso de urgencia, por hallarse distante el de cabecera, se retirará al llegar éste, a menos que se le solicite acompañarlo en la asistencia.

Art. 54 — El facultativo llamado de urgencia por un paciente en atención de otro médi-

co, debe limitarse a llenar las indicaciones del momento y no está autorizado a alterar el plan terapéutico, sino en lo estrictamente indispensable y perentorio.

Art. 55 — Cuando varios médicos son llamados simultáneamente para un caso de enfermedad repentina o accidente, el enfermo quedará al cuidado del que llegue primero, salvo decisión contraria del enfermo o sus familiares. En cuanto a la continuación de la asistencia, ella corresponde al médico habitual de la familia si se presentara, siendo aconsejable que éste invite al colega a acompañarlo en asistencia. Todos los médicos concurrentes al llamado están autorizados a cobrar los honorarios correspondientes a sus diversas actuaciones.

Art. 56 — El médico que reemplace a otro no debe instalarse, por el término de dos años como mínimo, en el lugar donde hizo el reemplazo o donde puede entrar en competencia con el médico reemplazado, salvo mutuo acuerdo. En la misma situación está el médico que transfiere su consultorio a otro; no debe instalarse, por el término de 10 años, ni siquiera en su zona de influencia.

Art. 57 — Cuando el médico de cabecera lo creyera necesario, puede proponer la concurrencia de un médico ayudante designado por él. En este caso la atención se hará en forma mancomunada. El médico de cabecera dirige el tratamiento y controla periódicamente el caso, pero el ayudante debe conservar amplia libertad de acción. Ambos colegas están obligados a cumplir estrictamente las reglas de la ética médica, constituyendo una falta grave por parte del ayudante el desplazar o tratar de hacerlo, al de cabecera, en la presente o futuras atenciones del mismo enfermo.

CAPÍTULO VII DE LOS ESPECIALISTAS

Art. 58 — Médico especialista es quien se ha consagrado particularmente a una de las ramas de la Ciencia Médica, realizando estudios especiales en facultades, hospitales u otras instituciones que están en condiciones de certificar dicha especialización con toda seriedad, ya sean del país o del extranjero y luego de haber cumplido dos años, como mínimo, en el ejercicio profesional. La especialización es más seriamente reconocida cuando se hace con intervención de una sociedad científica o gremial.

Art. 59 — El hecho de titularse especialista de una rama determinada de la medicina significa para el profesional el severo compromiso consigo mismo y para los colegas, de restringir su actividad a la especialidad elegida.

Art. 60 — Comprobada por el médico tra-

tante la oportunidad de la intervención de un especialista o cirujano, deberá hacerlo presente al enfermo o sus familiares. Aceptada la consulta, ésta se concertará y realizará de acuerdo a los artículos pertinentes de este Código.

Art. 61 — Si de la consulta realizada se desprende que la enfermedad está encuadrada dentro de la especialidad del consultante, el médico de cabecera debe cederle la dirección del tratamiento. Si en cambio no constituye más que una complicación u ocupa un lugar secundario en el cuadro general de la enfermedad, la dirección del tratamiento corresponde al médico de cabecera y el especialista debe concretarse a tratar la parte que le corresponde y de acuerdo con aquél, suspendiendo su intervención tan pronto como cese la necesidad de sus servicios.

Art. 62 — En caso de intervención quirúrgica, es al cirujano especialista a quien corresponde fijar la oportunidad y lugar de su ejecución y la elección de sus ayudantes, pudiendo pedir al médico de cabecera que sea uno de ellos.

Art. 63 — Al médico tratante que envíe a su paciente al consultorio de un especialista le corresponde comunicarse previamente con él, por cualquier medio y a este último, una vez realizado el examen, comunicarle su resultado. La conducta a seguir desde este momento por ambos colegas, es la indicada en los artículos precedentes. Esta clase de visitas está comprendida entre las extraordinarias.

Art. 64 — Es aconsejable, sin ser obligatorio, que el cirujano o especialista que reciba en su consultorio a un enfermo venido espontáneamente, le comunique a su médico habitual el resultado de su examen salvo expresa negativa del paciente.

Art. 65 — El especialista debe abstenerse de opiniones o alusiones respecto a la conducta del médico general y tratar de justificarlo en su proceder, siempre y cuando ello no involucre un perjuicio para el enfermo.

CAPÍTULO VIII DEL SECRETO PROFESIONAL

Art. 66 — El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la respetabilidad del profesional y la dignidad del arte exigen el secreto. Los profesionales del arte de curar están en deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión, por el hecho de su ministerio, y que no debe ser divulgado.

Art. 67 — El secreto profesional es una

obligación. Revelarlo sin justa causa, causando o pudiendo causar daño a terceros, es un delito previsto por el artículo 156 del Código Penal. No es necesario publicar el hecho para que exista revelación, basta la confidencia a una persona aislada.

Art. 68 — Si el médico tratante considera que la declaración del diagnóstico en un certificado médico perjudica al interesado, debe negarlo para no violar el secreto profesional. En caso de imprescindible necesidad y por pedido expreso de la autoridad correspondiente, revelará el diagnóstico al médico funcionario que corresponda, lo más directamente posible, para compartir el secreto.

Art. 69 — El médico no incurre en responsabilidad cuando revela el secreto profesional en los siguientes casos:

a) Cuando en su calidad de perito actúa como médico de una compañía de seguros, rindiendo informes sobre la salud de los candidatos que le han sido enviados para su examen. Tales informes los enviará en sobre cerrado al médico jefe de la compañía, quien a su vez tiene las mismas obligaciones del secreto;

b) Cuando está comisionado por autoridad competente para reconocer el estado físico o mental de una persona;

c) Cuando se ha sido designado para practicar autopsias o pericias médico-legales de cualquier género, así en lo civil como en lo criminal;

d) Cuando actúa en carácter de médico de sanidad nacional, militar, provincial, municipal, etc.;

e) Cuando en su calidad de médico tratante hace la declaración de enfermedades infectocontagiosas, ante la autoridad sanitaria y cuando expide certificado de defunción;

f) Cuando se trata de denuncias destinadas a evitar que se cometa un error judicial;

g) Cuando el médico es acusado o demandado bajo la imputación de un daño culposo en el ejercicio de su profesión.

Art. 70 — El médico, sin faltar a su deber, denunciará los delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión, de acuerdo a lo dispuesto por el Código Penal. No puede ni debe denunciar los delitos de instancia privada, contemplados en los artículos 71 y 72 del mismo Código.

Art. 71 — En los casos de embarazo o parto de una soltera, el médico debe guardar silencio. La mejor norma puede ser aconsejar que la misma interesada confiese su situación a la madre o hermana casada o mayor.

Art. 72 — Cuando el médico es citado ante el tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, el requerimiento judicial ya constitu-

ye "justa causa" para la revelación y ésta o lleva involucrada por lo tanto una violación del secreto profesional. En estos casos el médico debe comportarse con mesura, limitándose a responder lo necesario, sin incurrir en excesos verbales.

Art. 73 — Cuando el médico se vea obligado a reclamar judicialmente sus honorarios, se limitará a indicar el número de visitas y consultas, especificando las diurnas y nocturnas, las que haya realizado fuera del radio urbano y a qué distancia, las intervenciones que haya practicado. Será circunspecto en la revelación del diagnóstico y naturaleza de ciertas afecciones, reservándose para exponer detalles ante los peritos médicos designados o ante la entidad gremial correspondiente.

Art. 74 — El profesional sólo debe suministrar informes respecto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un cliente a los allegados más inmediatos del enfermo. Solamente procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente.

Art. 75 — El médico puede compartir su secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso. Este a su vez está obligado a mantener el secreto profesional.

Art. 76 — El secreto médico obliga a todos los que concurren en la atención del enfermo. Conviene que el médico se preocupe educando a los estudiantes y a los auxiliares de la medicina en este aspecto tan importante.

CAPÍTULO IX

DE LA PUBLICIDAD Y ANUNCIOS MÉDICOS

Art. 77 — La labor de los médicos como publicistas es ponderable cuando se hace con fines de intercambiar conocimientos científicos, gremiales o culturales. La publicación de todo trabajo científico serio debe hacerse por medio de la prensa científica, siendo contrario a todas las normas éticas su publicación en la prensa no médica, radiotelefonía, etc.

Art. 78 — Los artículos y conferencias de divulgación científica, para el público no médico, cuidarán de no facilitar la propaganda personal mediante la relación de éxitos terapéuticos o estadísticos, mencionando demasiado el nombre el autor o una determinada institución, o por medio de fotografías personales o de su clínica, sanatorio o consultorio, o en el acto de realizar determinada operación o tratamiento. En fin, se limitarán a divulgar los conocimientos que el público necesita saber para ayudar a los médicos en su lucha contra la enfermedad.

Art. 79 — El profesional, al ofrecer al público sus servicios, puede hacerlo por medio de anuncios de tamaño y caracteres discretos,

limitándose a indicar su nombre y apellido, sus títulos científicos o universitarios, cargos hospitalarios o afines, las ramas y especialidades a que se dedique, horas de consulta, su dirección y número de teléfono.

Art. 80 — Están expresamente reñidos con toda norma de ética, los anuncios que reúnan alguna de las características siguientes:

a) Los de tamaño desmedido, con caracteres llamativos o acompañados de fotografías;
b) Los que ofrecen la pronta, a plazo fijo o infalible curación de determinadas enfermedades;

c) Los que prometan la prestación de servicios gratuitos o los que, explícita o implícitamente, mencionan tarifas de honorarios;

d) Los que invoquen títulos, antecedentes o dignidades que no se posean legalmente;

e) Los que por su particular redacción o ambigüedad, induzcan a error o confusión respecto a la identidad, título profesional o jerarquía universitaria del anunciante. Los profesionales que pertenezcan al cuerpo docente de la Universidad son los únicos que pueden anunciarse con el título de profesor, siempre que se especifique la cátedra o materia de designación como tal;

f) Los que mencionan diversas ramas o especialidades de la medicina, sin mayor conexión o afinidad entre ellas;

g) Los que llamen la atención sobre sistemas, curas, procedimientos especiales, exclusivos o secretos;

h) Los que involucren el fin preconcebido de atraer numerosa clientela mediante la aplicación de nuevos sistemas o procedimientos especiales (naturismo, iridología, homeopatía, etc.), curas o modificaciones aún en discusión, respecto a cuya eficacia aún no se hayan expedido definitivamente las instituciones oficiales o científicas;

i) Los que importen reclame mediante el agradecimiento de pacientes;

j) Los transmitidos por radiotelefonía o altoparlantes, los efectuados en pantallas cinematográficas, los repartidos en forma de volantes o tarjetas que no son distribuidas por el correo y con destinatario preciso;

k) Los que aun cuando no infrinjan alguno de los apartados del presente artículo, sean exhibidos en lugares inadecuados o sitios que comprometen la seriedad de la profesión, o los que colocados en el domicilio del profesional, adquieran el tamaño y forma de carteles, y los letreros luminosos.

CAPÍTULO X DE LA FUNCIÓN HOSPITALARIA

Art. 81 — Es importante que, al enviar los enfermos al hospital, no se lesionen los justos

intereses de ningún colega, entre ellos los económicos. Tanto si el hospital es de una mutualidad, de beneficencia o del Estado, no debe hacerse, por medio de él, competencia desleal a los demás colegas.

Art. 82 — Es imprescindible, propugnar por la carrera medicohospitalaria, con concurso previo, escalafón, estabilidad, jubilación, etc., apoyando decididamente la acción de los organismos gremiales en tal sentido.

Art. 83 — No se debe, salvo por excepción y en forma gratuita, derivar enfermos del hospital al consultorio particular.

CAPÍTULO XI DE LOS HONORARIOS MÉDICOS

Art. 84 — Debe haber un entendimiento directo del médico con el enfermo o con sus familiares en materia de honorarios, tratando que su estimación no perjudique a los demás colegas.

Art. 85 — El médico está obligado a ajustarse para su beneficio y el de sus colegas y salvo los casos especificados en este Código, al monto mínimo establecido por la entidad médico-gremial correspondiente, por debajo del cual no deben aceptarse.

Art. 86 — Los honorarios médicos deben corresponder a la jerarquía, condiciones científicas y especialización del profesional, posición económica y social del enfermo y a la importancia y demás circunstancias que rodean al servicio médico prestado. Es conveniente ajustarse para su apreciación a las visitas realizadas, que pueden ser ordinarias o extraordinarias, prestadas en el consultorio o domicilio del enfermo y con sin la realización de trabajos especiales durante su desarrollo.

Art. 87 — Las atenciones gratuitas perjudican en general a los colegas y deben limitarse a los casos de parentesco cercano, amistad íntima, asistencia entre colegas y pobreza manifiesta. En este último caso no es falta de ética negarse a la asistencia en forma privada si existiera en la localidad un servicio asistencial público.

Art. 88 — Si por alguna circunstancia proveniente del médico, como, por ejemplo, el olvido de una indicación terapéutica necesaria, completar un examen, por motivos de enseñanza o por comodidad del médico, etc., deben efectuarse más visitas que las necesarias o hacerlas fuera de hora, su importe no se cargará en la cuenta de honorarios, advirtiéndolo al enfermo.

Art. 89 — La presencia del médico de cabecera en una intervención quirúrgica, siempre da derecho a honorarios especiales.

Art. 90 — En los casos en que los clientes, sin razón justificada, se niegan a cumplir sus compromisos pecuniarios con el médico, éste, una vez agotados los medios privados, puede demandarlo ante los tribunales por cobro de honorarios, sin que ello afecte, en forma alguna, el nombre, crédito o concepto del demandante. Es conveniente ponerlo en conocimiento de la entidad médico-gremial correspondiente y pedir a ésta asesoramiento o representación legal ante la justicia.

Art. 91 — Toda consulta por carta que obligue al médico a un estudio del caso, especialmente si se hacen indicaciones terapéuticas, debe considerarse como una atención en consultorio y da derecho a pasar cuenta de honorarios.

Art. 92 — Las consultas telefónicas deben limitarse en lo posible y podrán ser incluidas en las cuenta de honorarios.

CAPÍTULO XII
DE LAS INCOMPATIBILIDADES, DICOTOMÍA
Y OTRAS FALTAS A LA ÉTICA

Art. 93 — En los casos en que el médico sea dueño o director o forma parte como accionista de una casa de productos farmacéuticos, no debe ejercer su profesión atendiendo enfermos, pero puede dedicarse a la investigación científica o a la docencia. En pocas palabras, no debe ponerse en condiciones de recetar sus productos.

Art. 94 — El médico accionista de una compañía de seguros que entrara en conflicto con el gremio, debe acatar estrictamente las directivas impartidas por los organismos gremiales, a pesar de que fueran en desmedro de los intereses de su compañía, y en el caso de tratarse de un dirigente gremial, retirarse de su cargo mientras dure el conflicto.

Art. 95 — El ejercicio de la medicina es una tarea que ocupa al médico la totalidad de su jornada. El desempeño de cargos públicos que exijan seria dedicación, tales como los de gobernador, ministro (incluido el de salud pública), jefe de un organismo del Estado, etc., imponen el cierre del consultorio o en su defecto el nombramiento de un reemplazante, lo que también es aconsejable, pero no obligatorio, para los legisladores.

Art. 96 — Los médicos que actúan activamente en política, no deben valerse de la situación de preeminencia que esa actividad pueda reportarles para obtener ventajas profesionales. En ningún caso recurrirán con fines de proselitismo a la prestación de asistencias gratuitas o al cobro de honorarios menores a los establecidos en su lugar de residencia.

Art. 97 — Si el médico tiene otro medio de vida que le absorbe su tiempo, en desmedro del estudio y mejoramiento profesional que debe a sus enfermos, debe elegir entre ambos, ejerciendo el que esté más capacitado.

Art. 98 — No debe tomar parte en cualquier plan de asistencia médica en donde no tenga independencia profesional. El médico debe a su paciente completa lealtad y todos los recursos de la ciencia y, cuando algún examen o tratamiento esté fuera de sus recursos, debe dar intervención al colega que posea la necesaria habilidad.

Art. 99 — La participación de honorarios entre el médico de cabecera y cualquier otro profesional del arte de curar, cirujano, especialista, consultor, odontólogo, bioquímico, farmacéutico, etc., es un acto contrario a la dignidad profesional. Cuando en la asistencia de un enfermo han tenido ingerencia otros profesionales, los honorarios se presentarán al paciente, familiares o herederos, separadamente o en conjunto, detallando en este último caso los nombres de los participantes.

Art. 100 — constituye una violación a la Ética Profesional, aparte de constituir delito de asociación ilegal, previsto penado por la ley, la percepción de un porcentaje derivado de la prescripción de medicamentos o aparatos ortopédicos, lentes, etc., así como la retribución a intermediarios de cualquier clase (corredores, comisionistas, hoteleros, choferes, etc.), entre profesionales y pacientes.

Art. 101 — Al médico le está expresamente prohibido orientar a sus clientes hacia determinada farmacia o establecimiento.

Art. 102 — Son actos contrarios a la Ética, desplazar o pretender hacerlo, a un colega en puesto público, sanatorio, hospital, etc., por cualquier medio que no sea el concurso, con representación de la asociación gremial correspondiente.

Art. 103 — Son actos contrarios a la honradez profesional, y por lo tanto quedan prohibidos, reemplazar en sus puestos a los médicos de hospitales, sanatorios, facultades de cualquier calificación o clase, si fueran separados sin causa justificada y sin sumario previo con derecho a descargo. Sólo la entidad gremial correspondiente podrá autorizar expresamente y en forma precaria, las excepciones a esta regla.

Art. 104 — Constituye falta grave el difamar a un colega, calumniarlo o tratar de perjudicarlo, por cualquier medio, en el ejercicio profesional.

Art. 105 — Ningún médico prestará su nombre a persona no facultada por autoridad competente para practicar la profesión.

Art. 106 — No colaborará con los médi-

cos sancionados por infracción a las disposiciones del presente Código, mientras dure la sanción.

Art. 107 — No se puede reemplazar a los médicos de cabecera, sin antes haber cumplido con las reglas prescriptas en el presente Código.

Art. 108 — Es faltar a la Ética el admitir en cualquier acto médico a personas extrañas a la Medicina, salvo autorización del enfermo o sus familiares.

CAPÍTULO XIII DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Art. 109 — Todo método o terapéutica podrá aplicarse sin temor, cuando se han cubierto todos los requisitos médicos establecidos para su aplicación.

Art. 110 — El médico es responsable de sus actos en los siguientes casos:

- a) Cuando comete delitos contra el derecho común.
- b) cuando por negligencia, impericia, ignorancia o abandono inexcusables, causa algún daño.

CAPÍTULO XIV

Art. 111 — Como principio fundamental debe establecerse que los recursos del diagnóstico pertenecen al médico y él tiene el derecho de retenerlos como elementos de su archivo científico y comprobantes de su actuación profesional.

Art. 112 — Cuando un colega requiere informes o el mismo enfermo los solicita, éste debe ser completo, sin omisión de ningún dato obtenido en el examen, acompañado de la copia de los análisis, informes radiológicos, etc. A su vez el médico que los solicita debe confiar en el certificado o información suministrada por el colega, no obstante lo cual, en caso de seria duda, tiene derecho a obtener los originales, procediendo a su devolución inmediata.

Art. 113 — Cuando el médico actúa como funcionario del Estado o en un servicio público o privado que ha costeado la documentación, ésta es propiedad de quien la ha costeado, pudiendo no obstante el médico sacar copia de toda ella.

CAPÍTULO XV DEL ABORTO TERAPÉUTICO

Art. 114 — Al médico le está terminantemente prohibido por la moral y por la ley, la

interrupción del embarazo en cualquiera de sus épocas. Podrá practicar el aborto en las excepciones previstas en el artículo 88 del Código Penal.

Art. 115 — El médico no practicará ni indicará la interrupción del embarazo, sino después de haber cumplido con los preceptos y requisitos siguientes:

- a) Necesidad absoluta del mismo para salvar la vida de la madre, luego de haber agotado todos los recursos de la ciencia;
- b) Cuando se está en las condiciones del artículo 86, inciso 2º del Código Penal.

Siempre debe hacerse con el consentimiento de la paciente, de un esposo o del representante legal, preferentemente por escrito. La certificación de la interrupción del embarazo deberá hacerla una junta médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección padecida por la enferma. No debe hacerse sino en ambiente adecuado, con todos los recursos de la ciencia.

Art. 116 — Se hacen sospechosos de no cumplir con la ética y con la ley, aquellos profesionales que practican abortos con frecuencia, así como aquellos otros que auxilian sistemáticamente a una partera en casos de aborto.

CAPÍTULO XVI DE LA EUTANASIA

Art. 117 — En ningún caso el médico está autorizado para abreviar la vida del enfermo, sino para aliviar su enfermedad, mediante los recursos terapéuticos del caso.

CAPÍTULO XVII DEL MÉDICO FUNCIONARIO

Art. 118 — El médico que desempeña un cargo público está como el que más obligado a respetar la ética profesional, cumpliendo con lo establecido en este Código.

Art. 119 — Sus obligaciones con el Estado no lo eximen de sus deberes éticos con sus colegas y en consecuencia debe, dentro de su esfera de acción, propugnar por:

- a) Que se respete el principio y régimen del concurso;
- b) La estabilidad y el escalafón del médico funcionario;
- c) El derecho de amplia defensa y sumario previo a toda cesantía;
- d) El derecho de profesar cualquier idea política o religiosa;
- e) El derecho de agremiarse libremente y defender los intereses gremiales;

f) Los demás derechos consagrados en este Código de Ética Médica.

CAPÍTULO XVIII

DICEOLOGÍA O DERECHOS DEL MÉDICO

Art. 120 — También existe para el médico el derecho de la libre elección de sus enfermos, limitado solamente por lo prescrito en el artículo 8º de este Código.

Art. 121 — Tratándose de enfermos en asistencia, tiene el médico el derecho de abandonar o transferir su atención, aparte de los casos de fuerza mayor y los ya previstos en este Código, cuando medie alguna de las circunstancias siguientes:

a) Si se entera que el enfermo es atendido subrepticamente por otro médico;

b) Cuando, en beneficio de una mejor atención considere necesario hacer intervenir a un especialista u otro médico más capacitado en la enfermedad que trata;

c) Si el enfermo, voluntariamente, no sigue las prescripciones efectuadas.

Art. 122 — El médico, como funcionario del Estado o de organismos asistenciales de cualquier naturaleza, tiene derecho a rechazar aquellas atenciones que no encuadren dentro de las obligaciones inherentes al cargo que desempeña.

Art. 123 — Todo médico debe tener el derecho de ejercer y recetar libremente, de acuerdo a su ciencia y conciencia.

Art. 124 — El médico puede prestar su adhesión activa a los reclamos colectivos de mejoras o defensa profesional y a las medidas que para el logro de su efectividad, disponga la entidad gremial a que pertenece.

Art. 125 — Cuando el médico ejerce este derecho, es indispensable hacerlo por intermedio de la entidad gremial correspondiente, debiendo quedar perfectamente asegurada la atención indispensable de los enfermos en tratamiento y de los nuevos en los casos de urgencia.

LIBRO IX

**LA MUERTE
Y LA MEDICINA LEGAL**

Capítulo 1 — TANATOLOGÍA
Héctor O. Vázquez Fanego
José A. Patitó

Capítulo 2 — SUICIDIO
José A. Patitó

Capítulo 3 — HOMICIDIO
José A. Patitó

Capítulo 4 — MUERTE SÚBITA INFANTIL
Carlos A. Navari

Capítulo 5 — MUERTE SÚBITA EN EL ADULTO
José A. Patitó

**Capítulo 6 — LA MUERTE DEL FETO
Y DEL RECIÉN NACIDO**
Beatriz Lancelle

Capítulo 1 — TANATOLOGÍA

Héctor O. Vázquez Fanego
José A. Patitó

A) INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN Y CAMPO DE LA TANATOLOGÍA

Dentro de la Medicina Legal, el objeto de la tanatología es todo aquello vinculado con la muerte desde una triple perspectiva: biológica, médica, y jurídica. En los viejos tratados de la especialidad se la define como al **"ESTUDIO DE LAS MODIFICACIONES QUE EXPERIMENTA EL CUERPO HUMANO A PARTIR DE LA MUERTE"**. El avance de la tecnología médica ha tornado insuficiente y desactualizada esta definición porque entre otras cuestiones, se ha introducido el concepto de "muerte encefálica" ampliando el campo de esta disciplina por lo que, definimos a la TANATOLOGIA como **"aquella parte de la MEDICINA LEGAL QUE ESTUDIA LAS CUESTIONES MEDICAS, BIOLOGICAS Y JURIDICAS RELACIONADAS CON LA MUERTE"**. La misma incluye los siguientes tópicos:

- I - TANATODIAGNOSTICO
- II - TANATOSEMIOLOGIA
- III - TANATOCRONOLOGIA
- IV - AUTOPSIAS O TANATOPOSTORIA
- V - CONSERVACION DE CADAVERES O TANATOCONSERVACION y
- VI - TANATOLEGISLACION

B) TANATODIAGNÓSTICO

Esta parte de la Tanatología comprende la definición de muerte, la estimación del período agónico o Agonología; el diagnóstico de muerte y las formas médico-legales de la muerte.

B-1) Definición de muerte

Puede definirse a la muerte desde una perspectiva filosófica, antropológica, religiosa o biológica.

A través de la evolución, el ser humano ha variado su concepción respecto de la muerte. El hombre primitivo —de acuerdo a lo descifrado en la tablillas de arcilla con escritura cuneiforme halladas en la región de Sumer—, la concebía como resultante de un acto violento entre los hombres o entre las fieras y el hombre o como consecuencia de fenómenos metereológicos. Si la muerte se

producía en forma NATURAL transfirió por analogía el hecho a dioses o demonios. Idéntico concepto tenían los pueblos primitivos de América. En el Papiro de Ebers (siglo XVI A.C.) los egipcios afirmaban que la muerte se producía por el "cese de la respiración a lo que le seguía la detención del corazón... en el momento de la muerte, el soplo de la vida se retira con el alma, la sangre se congela, las arterias se vacían y se produce la muerte".

Alcmeon de Crotona en el libro "Sobre la Naturaleza", considerado el punto inicial de la literatura médica, estableció la diferencia entre vida y muerte diciendo que la muerte consistía en la pérdida de la armonía a la que consideraba salud con desaparición total de la sangre, fundamentalmente en el cerebro.

Para Galeno (200 a 129 A.C.) muerte era "la postración total de la naturaleza y la extinción del calor natural".

En 1902 Lacassagne definió a la muerte como "el cese de las funciones nerviosa, circulatoria, respiratoria y termorreguladora".

Thoinot en 1928 dijo: "la vida termina con la extinción de las funciones respiratoria y circulatoria".

Actualmente se define la muerte como "EL CESE DEFINITIVO E IRREVERSIBLE DE LAS FUNCIONES VITALES, RESPIRATORIA, CARDIOVASCULAR Y NERVIOSA", conocido también bajo la denominación de TRIPODE DE BICHAT.

B-2) Agonología

La mayoría de los textos de Medicina Legal consideran a la agonología como una subdivisión más de la especialidad separándola de la Tanatología. Consideramos que debe incluirse dentro de este capítulo atento a que es el proceso que una vez iniciado, en forma inexorable e irreversible culmina en la muerte por lo que puede decirse que es el estado que indefectiblemente precede a la muerte. Este término deriva de la palabra griega "agon" que significa lucha o combate.

La muerte desde el punto de vista médico, no es un momento o instante porque todos los tejidos no "mueren" al mismo tiempo sino después de un proceso dependiendo fundamentalmente de la viabilidad textural y de la resistencia mayor o menor a la anoxia. La concepción de la muerte como PROCESO tiene importancia jurídica y práctica puesto que va a posibilitar el diagnóstico de muerte encefálica en las condiciones de la ley de transplantes de órganos.

El período agónico se desarrolla en un lapso variable que suele ser prácticamente inexistente en la muerte rápida, breve en el caso de la muerte súbita y prolongado como sucede en el estadio terminal de afecciones de diversa etiología.

La parte de la Tanatología que estudia las modificaciones clínicas y texturales que se producen en este período se llama AGONOLOGIA.

Desde el punto de vista estrictamente biológico se trata de la consecuencia de una anoxia progresiva e irreversible sobre las diversas estructuras orgánicas y desde el punto de fisiológico es el deterioro gravativo de todas las funciones vitales que culminan en la muerte.

Existen comprobaciones clínicas y postmortem: referidas a este estado y que orientan acerca de su duración:

— Comprobaciones clínicas: guardan relación con la causa de la muerte. El

elemento común a todas, independiente de la causa que lleva finalmente a la muerte es el DETERIORO de carácter progresivo e irreversible de las funciones vitales: respiración, circulación, actividad cardíaca y nerviosa y alteración de la termorregulación.

— *Comprobaciones post-mortem*: derivan de la práctica de la autopsia y comprenden el examen macroscópico de los coágulos sanguíneos y las pruebas docimásicas o docimasias. Con respecto a los coágulos interesa la cantidad y adherencia a las paredes de las cavidades cardíacas que están estrechamente vinculadas a la duración de la agonía. Si ésta ha sido de corta duración la sangre es líquida en cambio cuando se prolonga en el tiempo se observan coágulos que se adhieren a las paredes cardíacas y grandes vasos. Son de color amarillento y reproducen como un molde la forma de la cavidad en la que están contenidos. En cambio los coágulos postmortem llamados CRUORICOS no se adhieren a las paredes cardíacas ni vasculares, son fácilmente disgregables y son de color rojo negruzco.

Las pruebas docimásicas se basan en la investigación por métodos histológicos e histoquímicos de glucógeno y drenalina, sustancias que experimentan disminución en el período agónico en el tejido hepático y suprarrenal. Las más utilizadas en nuestro medio son las siguientes:

— *Docimasia hepática*: se basa en la investigación de glucógeno hepático ya que si la muerte ha sido súbita o rápida se encontrará esta sustancia mientras que si ha habido una agonía prolongada la disminución guarda relación con su duración. En el primer caso de que la DOCIMASIA ES POSITIVA y en segundo caso será NEGATIVA.

— *Docimasia suprarrenal*: al igual que el glucógeno, la adrenalina experimenta una disminución que está en relación con la duración del período agónico.

B-3) El diagnóstico de muerte

El diagnóstico de muerte se hace en base a los signos de la muerte que son:

- CARDIOCRICULATORIOS
- RESPIRATORIOS
- NERVIOSOS
- ESQUELETICOTEGUMENTARIOS

— Signos cardiocirculatorios: están dados por la ausencia de pulso y de tensión arterial, silencio auscultatorio de por lo menos cinco minutos en cada foco —según Bouchut— y electrocardiograma negativo.

— Signos respiratorios: ausencia de movimientos respiratorios y silencio auscultatorio. El signo de Winslow consiste en la ausencia de empañamiento de un espejo cuando es acercado a las fosas nasales.

— Signos nerviosos: ausencia de respuesta al dolor: arreflexia total y electroencefalograma plano.

— Signos esquelicotegumentarios: resultan más bien confirmatorios de la muerte real y tienen escaso valor práctico por lo que solamente se mencionarán: a) signo de las ventosas escarificadas, b) prueba de la fluoresceína y c) signo de Lancisi o reacción que se produce al poner en contacto con la piel un metal al rojo produciéndose una reacción de carácter postmortem (ver "Diagnóstico diferencial entre lesiones vitales y postmortem").

B-4) Formas médico legales de la muerte

Médico-legalmente se puede considerar a la muerte desde diversos aspectos surgiendo así los diversos tipos muchos de los cuales resultan ser complementarios y no excluyentes dependiendo de su modo de presentación, y de la causa que la provocó. Es así que nos encontramos con diversas clases de muerte frecuentemente mencionadas en la literatura médica a saber:

a) según se constaten fehacientemente los signos de la muerte:

a-1) muerte *real*: se aquella en la que se constatan los signos descriptos en el apartado anterior o sea cuando se hace el DIAGNOSTICO DE MUERTE.

a-2) muerte *aparente*: según Thoinot es un estado en que las funciones vitales "parecen" abolidas porque clínicamente la actividad cardiocirculatoria y respiratoria resultan prácticamente imperceptibles. Es de escasa duración pues de persistir las causas que la determinaron concluiría en la muerte real. Se han descripto varias formas siendo de más frecuente observación la forma electrocutiva y la traumática.

a-3) Muerte *encefálica*: es un criterio introducido en nuestra legislación por la ley de Transplantes por lo que se trata en el Capítulo referido al tema ("ABLACION E IMPLANTE DE ORGANOS Y MATERIAL ANATOMICO).

b) Según la duración del *período agónico*:

b-1) Muerte *súbita*: es la que sorprende el individuo en aparente estado de buena salud o que si padecía una enfermedad era ignorada por él o sus familiares: Existe la MUERTE SUBITA DEL ADULTO Y LA MUERTE SUBITA INFANTIL Y DEL LACTANTE. En este caso se excluye la violencia como sucede en la muerte rápida ya que es atribuible a causas naturales. (Ver "Muerte súbita").

b-2) Muerte *inesperada*: es aquella que se presenta en un individuo portador de una patología cuyo pronóstico no hacia presumir la inminencia de la muerte.

b-3) Muerte *rápida*: es la que se produce poco tiempo después de instalada la causa como la que se observa en los accidentes de tránsito o en caso de suicidas que se arrojan desde cierta altura o al paso de un tren.

c) Según la causa, la muerte puede ser:

- natural,
- violenta, o,
- de causa dudosa

c-1) La muerte *natural* es causada por procesos biológicos propios de los seres humanos (neoplasias, infecciones, envejecimiento);

c-2) Muerte *violenta*: éste es un criterio jurídico ya que alude a la forma de la muerte y no a la causa y mecanismo. En este sentido, la muerte violenta es debida a HOMICIDIO, SUICIDIO O ACCIDENTE.

c-3) Denominamos "*muerte de causa dudosa*" a aquella en la que de los antecedentes obtenidos de los familiares o de la policía y del examen externo, no surge de manera indubitable la causa de la muerte. Tanto en esta circunstancia como en los casos de muertes VIOLENTAS, es perentoria la intervención policial con la pertinente práctica de la AUTOPSIA MEDICOLEGAL. En la muerte de "causa dudosa", una vez realizada la autopsia se estará en condiciones de determinar si la muerte se produjo por causas naturales o por algún factor violento (traumático o tóxico).

C) TANATOSEMIOLÓGIA

Consiste en la descripción de las transformaciones que experimenta el cuerpo una vez producida la muerte. Según su presentación y evolución los signos pueden ser INMEDIATOS O ALEJADOS.

Los signos INMEDIATOS son:

- la deshidratación
- el enfriamiento
- la rigidez
- el espasmo cadavérico
- las livideces e hipostasias cadavéricas

C-1) Deshidratación

La pérdida de agua se produce por evaporación constatándose por la disminución del peso, desecación de piel y mucosas y signos oculares tales como los signos de Stenon-Louis —que consiste en pérdida de tonismo del globo ocular y de la transparencia corneal— y de Sommer o de la mancha negra esclerótica ya que al deshidratarse, la esclerótica posibilita ver la coroides, observándose primero una mancha triangular en el lado externo con base de la figura hacia la córnea apareciendo luego una segunda mancha con iguales caracteres en el lado interno, ambas manchas aumentan en extensión hasta que finalmente confluyen. Aparecen entre 3 y 5 horas después de la muerte en los cadáveres que permanecen con los párpados abiertos.

C-2) Enfriamiento

Es el descenso de la temperatura corporal hasta equilibrarse con la del medio ambiente.

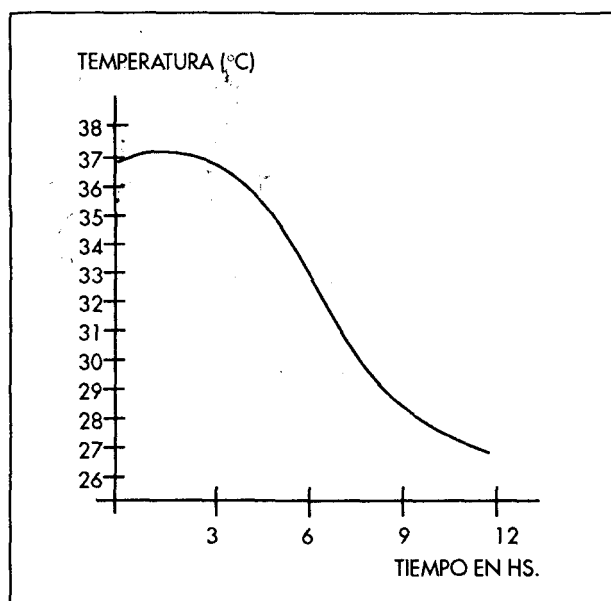
Las partes corporales que primero se enfrían son el rostro y extremidades siendo las últimas las regiones laterales del cuello y los huecos axilares. Existen diversas formas para calcular el enfriamiento cadavérico. Son de valor práctico las fórmulas de Bouchut y la de Glaister:

— Fórmula de *Bouchut*: en las primeras doce horas se pierde entre 0,8 y 1 grado por hora y en las segundas doce horas la disminución es de 0,3 a 0,5 grados por hora.

— Fórmula de *Glaister*: se toma la temperatura rectal con un termómetro de alcohol y se aplica la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{temperatura rectal normal media} - \text{Temper. cadavérica del momento}}{1,5} = \text{HORAS DE LA MUERTE}$$

Puede demostrarse gráficamente el enfriamiento cadavérico de la siguiente forma:



Los factores que modifican el enfriamiento cadavérico son los siguientes:

— externos: el tiempo para llegar a equilibrarse con la temperatura externa es tanto mayor cuanto más baja sea la temperatura.

— internos: a) edad: los niños y ancianos se enfrían más rápido que los cadáveres de adultos; b) los obesos se enfrían más lentamente y c) vestimenta: los cadáveres sin ropa o al aire libre se enfrían más rápidamente que los que están arropados.

C-3) Rigidez

Es el estado de retracción de la musculatura estriada y lisa. Este fenómeno hace que el cadáver aparezca en actitud de envaramiento por retracción de los músculos del dorso y con flexión del antebrazo sobre el brazo, de los dedos de las manos, de los muslos sobre la pelvis y de la pierna sobre el muslo.

De este fenómeno son importantes la forma de instalación, la secuencia cronológica y los factores que la influyen:

— *forma de instalación*: sigue una marcha descendente comenzando por la musculatura el maxilar inferior continuando luego por los miembros superiores, los músculos del tórax y abdomen y terminando por la musculatura de los miembros inferiores. La desaparición sigue el mismo orden de aparición y siendo los últimos grupos musculares que entran en rigidez, los últimos en perderla.

— *secuencia cronológica*: luego de un corto período de miorrelajación que sigue a la muerte, comienza la rigidez, alcanzando su máxima expresión alrededor de las quince horas. La rigidez comienza a desaparecer cuando se inicia la putrefacción evidenciada por la mancha verde en la región de la fosa ilíaca derecha.

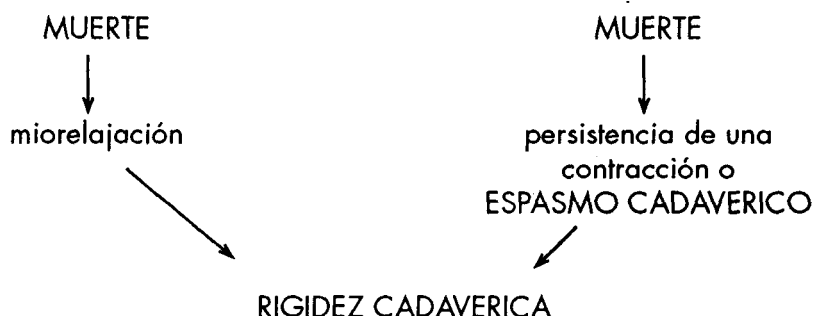
— *factores que afectan la rigidez*: al igual que el enfriamiento, la rigidez se encuentra afectada por factores externos e internos. Con respecto a los primeros puede decirse que el frío determina una rigidez precoz y duradera mientras que

el calor hace que sea también precoz pero cronológicamente breve. Con respecto a los factores internos, en general vemos como los cadáveres de niños y ancianos tienen rigidez precoz pero de corta duración mientras que las afecciones convulsivantes dan una rigidez precoz y prolongada en el tiempo.

C-4) espasmo cadavérico o signo de Taylor

Es la persistencia de una contracción muscular después de la muerte. Se ve en las muertes rápidas tal como es el aferramiento del arma por la mano en caso de suicidio con arma de fuego mientras que otras veces se interpreta como la persistencia del gesto que trata de impedir la acción de la causa que lleva a la muerte.

Una vez instalada la rigidez, suele ser dificultoso diferenciar ambos fenómenos ya que se confunden sirviendo de guía el siguiente cuadro:



C-5) Livideces

Es la coloración rojo violácea de morfología y tamaño variados observable en la piel de las zonas declives por acumulación de la sangre dentro de los vasos de la dermis por acción de la gravedad.

Es un signo que permite establecer la forma en que permaneció el cadáver después de la muerte así como si fue cambiado de posición. Por su importancia médico legal estudiaremos su origen, su localización y forma, la secuencia y el fenómeno del cambio de lugar o de transposición.

- *Origen:* como se dijo en la definición están determinadas por la acumulación de la sangre por acción de la gravedad en los capilares de dermis lo que origina el cambio de coloración visible en el examen externo del cadáver. El examen microscópico demuestra que la sangre está dentro de los capilares intactos lo que las distingue de las equimosis en que hay destrucción de los vasos con extravasación hemática que infiltra la dermis.

- *Localización y forma:* por su génesis, se ubican en los lugares declives adoptando aspectos puntiforme o la forma de placas de forma y tamaño variable y de límites difusos. Esto ayuda a diferenciarla de las equimosis que pueden ubicarse en zonas no declives y que, en general, su morfología reproduce el elemento que les dió origen. La cianosis de rostro suele confundirse con las placas de lividez. Ayuda a su diferenciación la coloración distinta, la posición

en que quedó y fue hallado el cadáver ya que muchas veces la lividez suele ser de una mitad del rostro la que no sucede con la cianosis.

- *Secuencia*: suelen aparecer inmediatamente después de la muerte siendo visibles a la hora en la región posterior del cuello en los cadáveres que permanecen en decúbito dorsal; alcanzan máxima expresión entre las 12 y 18 horas y dejan de formarse luego de las 24 horas de producida la muerte.

- *Transposición de las livideces*: el cambio de posición del cadáver puede modificar la distribución de las livideces. En general puede decirse que:

- Hasta aproximadamente las 12 horas: al cambiar de posición pueden aparecer livideces en las nuevas zonas declives y desaparecer las anteriores;

- Entre las 12 y las 24 horas aproximadamente: al cambiar de posición pueden aparecer nuevas livideces en las zonas de apoyo sin desaparecer las primeras;

- Luego de las 24 horas no se producen nuevas livideces ni se modifican las primeras.

- *Hipostasias*: se reserva este nombre para designar a la acumulación de sangre en las partes declive de los órganos cuyo mecanismo de producción es similar al de las livideces. Tienen el mismo significado médico que aquellas y se observan fundamentalmente en pulmones y riñones.

Los signos ALEJADOS son los que se conocen genéricamente como fenómenos de TRANSFORMACION CADAVERICA. Las modificaciones que experimenta el cadáver luego de un tiempo de transcurrida la muerte depende de las condiciones medioambientales en que se halle. La transformación más frecuente que tiene un cadáver expuesto a temperatura y humedad no excesivamente altas o bajas tal como ocurre en ambientes cerrados o en aquellos inhumados en tierra dentro de ataúdes de madera recibe el nombre de DESCOMPOSICION O PUTREFACCION CADAVERICA. Bajo otras condiciones el cadáver puede presentar las siguientes características:

ADIPOCIRA,
CORIFICACION
MOMIFICACION
CONGELACION

Veremos en que consiste cada uno de ellos:

C-6) Putrefacción

Se presenta en períodos sucesivos que son los siguientes:

- cromático
- enfisematoso
- colicuvativo o reductivo
- esqueletización
- decalcificación

Ocurrida la muerte sobreviene un período de intensos fenómenos autolíticos que son evidentes sobre todo en páncreas, encéfalo, hígado y mucosa del tracto digestivo ocurriendo simultáneamente el ingreso de la flora microbiana del intestino en el interior de los vasos constituyendo la denominada "red vascular de putrefacción" actuando en primer lugar los gérmenes aerobios y luego los

anaerobios. La putrefacción tiene los siguientes períodos: cromático, y enfisematoso.

El *período cromático* comienza con la aparición de la mancha verde en la región de la fosa ilíaca derecha que luego se extiende a todo el cuerpo. En el feto y en el recién nacido que no ha respirado este período comienza a nivel de la boca y fosas nasales. El momento de aparición depende de las condiciones medioambientales: aparece entre una y tres horas después de la muerte en el verano mientras que en el invierno es más tardía instalándose entre las 12 y 18 hs.

El *período enfisematoso* se caracteriza por la formación de vesículas que adquieren la forma de flictenas de variada morfología pero sin los caracteres vitales de las producidas por el calor, llenas de un líquido verdeamarillento, opaco de olor fétido.

Se denomina *período colicuativo* a la transformación de las partes blandas externas e internas en una masa informe de tejido friable de color parduzco (putrúlogo).

El período en el que se cumple todo este proceso es muy variable pudiendo ser extremadamente corto en aquellos casos en que la temperatura ambiente es elevada o si la muerte sobreviene a raíz de una enfermedad caquectizante.

— La *esqueletización* es el aspecto del cadáver que se presenta cuando se halla reducido a piezas óseas y que ocurre cuando se completa la colicuación.

— La *decalcificación* es el proceso por el cual los huesos van perdiendo elementos minerales haciéndose frágiles y fragmentándose.

Las otras transformaciones que experimentan los cadáveres son:

C-7) Adipocira o Saponificación

En cadáveres sometidos a la acción de la humedad y carencia de corriente de aire ocurre este fenómeno conocido como la "transformación grasa del cadáver". Se ve en cadáveres que quedan en el interior de ataúdes depositados en nichos o bóvedas. Desde el punto de vista químico el material que se forma es un jabón de calcio, magnesio o potasio a expensas de la autólisis del tejido graso.

El tiempo mínimo que se requiere para su formación varía entre 2 y 3 meses a partir de la muerte evolucionando hacia la calcificación o hacia la colicuación de acuerdo a las condiciones medioambientales.

El valor médicolegal reside en el hecho de que es posible realizar la identificación por métodos dactiloscópicos y porque además se mantiene la morfología de las lesiones traumáticas.

C-8) Corificación

Se ve en cadáveres sometidos a las mismas condiciones físicas que la adipocira pero que permanecen dentro de ataúdes de metal. El aspecto que presenta la piel es seco, de color negruzco y de consistencia firme, de ahí su nombre pudiendo ser total o parcial.

C-9) Momificación

Es la transformación que se produce en cadáveres sometidos a la acción de temperatura elevada, con escasa humedad y ventilado, requiriendo para su aparición como mínimo 6 meses a partir de la muerte. El cadáver está reducido de tamaño con la piel retraída y adosada a la estructura ósea. Tiene el mismo valor médico legal que la adipocira.

C-10) Congelación

El frío intenso y prolongado puede condicionar la conservación del cadáver prácticamente indefinida. Entre los hielos de Siberia, en 1929, se halló el cadáver de un mamut en perfecto estado de conservación, que data de millones de años. Desde el punto de vista médico-legal es interesante destacar que se han hallado cadáveres de deportistas enterrados en la nieve, en buen estado de conservación en los que se realizó la identificación médico-legal y se ha llegado a establecer la causa de la muerte. En estos casos una vez producida la descongelación, la putrefacción muestra un curso acelerado. Debe hacerse el diagnóstico diferencial entre congelación y rigidez. En la primera la dureza se extiende a todos los tejidos y al flexionar las articulaciones se siente el ruido producido por la ruptura de los microcristales.

D) TANATOCRONOLOGÍA

Es el conjunto de comprobaciones médico-legales que permite establecer la data de la muerte. Es posible determinar retrospectivamente a partir de la observación del cadáver, el tiempo aproximado en que la muerte tuvo lugar. Estas comprobaciones son particularmente importantes en los casos de muertes violentas, específicamente en los casos de homicidios en que deben compararse las declaraciones testimoniales de los sospechosos con los hechos que realmente acaecieron para establecer la verosimilitud o discordancia de los dichos.

Prácticamente hay un punto que debe fijarse cuando hay una necesidad de establecer la data de la muerte y que es el momento en que comienza la PUTREFACCIÓN por lo que existen dos alternativas:

Tanatocronodiagnóstico	{	antes de la putrefacción
		después de la putrefacción

Tanatocronodiagnóstico *antes de la putrefacción*: se hace en base al estudio de los fenómenos inmediatos: deshidratación, enfriamiento, rigidez, espasmo y livideces. A estas comprobaciones tanatosemiológicas se puede agregar la determinación del potasio en el humor vitreo cuyo nivel aumenta a partir de la muerte, y el estudio del contenido gástrico teniendo en cuenta la naturaleza de los alimentos hallados y el estado en que se hallan.

El Tantocronodiagnóstico después de la putrefacción se hace en base a la evaluación de los fenómenos cadavéricos tardíos ya descriptos relacionándolos con el lugar en que fuera hallado el cadáver. En los últimos años ha sido de gran valor los datos aportados por la ENTOMOLOGIA existiendo una rama de la misma denominada ENTOMOLOGIA FORENSE que estudia la cantidad y calidad de insectos que intervienen en la transformación cadavérica. Dicha ciencia ha contribuido al desarrollo de esta parte de la Medicina Legal estudiando la secuencia de aparición de las distintas clases de insectos que atacan al cadáver y relacionando dicha periodicidad con la data de la muerte. En nuestro medio ha sido útil la aplicación de estos conocimientos para la resolución de casos complejos como el del soldado Carrasco. Dada la amplitud del tema, para su mejor conocimiento, aconsejamos recurrir a la literatura específica sobre el tema.

E) AUTOPSIA O TANATOPSIA

Es la parte de la Tanatología que se ocupa de la autopsia médico-legal.

Autopsia. Definición: es el conjunto de operaciones que realiza el médico sobre el cadáver para determinar la causa y el mecanismo de la muerte.

Tipos de autopsia: de acuerdo al ámbito en que se efectúe y objetivos buscados existe: la autopsia ASISTENCIAL Y LA MEDICOLEGAL.

Autopsia asistencial

La autopsia asistencial llamada también clínica: puede a su vez ser: a) anatomopatológica o asistencial propiamente dicha, o, b) científica.

La anatomopatológica es la que se realiza en el ámbito hospitalaria —público o privado— con el objeto de determinar la correlación entre los datos de la historia clínica y los hallazgos de la autopsia. Es la base del método anatomoclínico siendo una importante herramienta en la educación médica del pre y postgrado. Puede ser total o parcial y para realizarla, en todos los casos, debe contarse con el consentimiento de los familiares del fallecido. Lamentablemente y debido a múltiples causas, es cada vez más dificultosa la práctica de este tipo de autopsias habiendo decaído notoriamente su número en los últimos años tanto en nuestro país como en el exterior.

La llamada autopsia científica realizada en los centros de investigación, forma parte de los protocolos de estudio de una determinada patología. Es decir se hace en todos los enfermos fallecidos de una enfermedad a la que se está investigando con el objeto de incrementar los conocimientos sobre la misma sin dejar de lado el objetivo fundamental de toda autopsia que es conocer la causa de la muerte. Debe contarse, como en la anterior, con el consentimiento de los familiares.

Autopsia médico legal

Llamado también Obducción, es la que nos interesa en esta especialidad siendo la pieza de estudio fundamental de la disciplina Tanatológica. Se la

define como "el conjunto de operaciones que se realizan sobre un cadáver, por orden judicial y por médicos designados a tal efecto, con el objeto de determinar la causa y el mecanismo de la muerte."

Con el objeto de facilitar la comprensión del tema estudiaremos sucesivamente las indicaciones de la autopsia médico-legal; quien la ordena; donde se realiza; quienes la realizan; normativas; técnica y variedades.

—Indicaciones: como y vimos en otra parte de este Capítulo, debe realizarse en todos los casos de MUERTE VIOLENTA —homicidio, suicidio, accidente— y de CAUSA DUDOSA.

—Autoridad que la ordena: el juez que interviene en cada caso particular es el que ordena la práctica de esta autopsia debiendo remitirse toda la información que se obtenga por la vía correspondiente.

—Lugar en que se hace: en la ciudad de Buenos Aires el lugar en que se practican es la Morgue Judicial.

—Esta autopsia la realizan los médicos designados por el juez (peritos) que en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, son los Médicos Forenses de la Justicia Nacional;

—Normativas: de éstas y de la técnica utilizada dependen la utilidad o no de la autopsia. Es importante consignar que esta autopsia a diferencia de la que se realiza en el ámbito asistencial es: COMPLETA, METODICA, SISTEMATICA E ILUSTRATIVA. Debe ser *completa* o sea de todo el cadáver incluyendo vísceras tóraco-abdominales y encefalo; debe seguirse un *método* acorde al saber de cada profesional y que en este caso será expuesto cuando hablemos de la técnica de la autopsia; lo *sistemático* surge de la necesidad de efectuarla en las situaciones expuestas en las *indicaciones de la autopsia* y finalmente, debe —según el caso— acompañarse el informe de toda la documentación que sirva para clarificar al juez o *ilustrarlo* acerca de la misma (fotos, videos, gráficos, dibujos, etc.).

— *Técnica de la autopsia*: la autopsia medicolegal no comienza en la mesa de autopsias sino que debe ser precedida de los datos del *lugar del hecho* que pueden ser apreciados por el propio médico o por personal policial. En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires este examen es practicado por los Médicos Legistas de la Policía Federal.

El "*lugar del hecho*" es un acto médico-jurídico que constituye parte integrante, inseparable y fundamental de la práctica de la autopsia-médico legal y comprende: el EXAMEN DE CADAVER tal como es hallado y la RECOLECCION DE RASTROS Y HUELLAS.

En cuanto a la técnica de la autopsia propiamente dicha, tiene los siguientes pasos que pueden esquematizarse de la siguiente manera:

1) *Exámen externo* del cadáver: descripción de los datos que hacen a la identificación; fenómenos cadavéricos y lesiones;

2) *Exámen interno*: se realiza mediante la apertura completa del cadáver: cabeza, cuello, tórax, abdomen y pelvis. Se describirán cavidades y órganos en el estado en que se encuentren consignando todas las lesiones que se hallen así como las alteraciones propias de los procesos patológicos de origen natural.

3) *Toma de muestras*: se recoge material para estudio histopatológico; determinación de grupo y factor y para estudio toxicológico. Para este último se envían al laboratorio de toxicología dos frascos: uno que contiene estómago y

su contenido y otro con fragmentos de distintas vísceras. En algunos casos las muestras se completan con material para estudio de compatibilidad genética, exámen de pelos, huesos, etc.

—Variedades: la práctica de la autopsia médico-legal es variable pudiéndose tratar de cadáveres fallecidos recientemente; cadáveres en estado putrefacción; menores; recién nacidos o fetos.

Todas las comprobaciones realizadas en la práctica de la autopsia médico-legal son volcadas en un PROTOCOLO resultando ilustrativo el que fuera redactado por el Prof. Honorio J.D. Piacentino que fuera durante muchos años el Jefe Obducciones de la Morgue Judicial de la ciudad de Buenos Aires y que transcribimos a continuación:

Buenos Aires dede 199....

Juzgado A/C del Dr.
 Secretaría N° A/C del Dr.
 Autopsia N°

En cumplimiento de lo dispuesto por V.S. hemos practicado hoy en la fecha a las hs. la autopsia del cadáver remitido por la Policía Federal, Seccional N° / Prefectura Naval / Unidad Penitenciaria, como perteneciente a de nacionalidad de años de edad, de estado civil, domiciliado en y hallado enel día a las hs.

EXAMEN EXTERNO

Cadáver de un hombre - mujer - menor de buen - regular - mal desarrollo óseo y muscular: en buen - deficiente - regular estado de nutrición

Talla Envergadura Peso

Color: blanco trigueño moreno

Cabellos: negros castaños rubios canos calvicie

Ojos: pardos grises azules

Nariz: grande mediana pequeña

Boca: grande mediana pequeña

Orejas: grandes medianas pequeñas

Bigote: recortado afeitado largo

Barba: recortada afeitada de días larga

Dentadura: buen regular mal estado de conservación
 completa incompleta

Señas particulares: se observan No se observan.

Por su aspecto general y datos expuestos, aparenta una edad entre los y los años.

EXAMEN CADAVERICO

Córneas:	opacas	transparentes	opalescentes
Pupilas:	dilatadas	mióticas	eucóricas
Rigidez:	parcialmente conservada		desaparecida
Uñas:	cianóticas	pálidas	
Livideces:	dorsales:	existen	no existen
	ventrales:	existen	no existen
Manifestaciones de putrefacción:	no existen		existen y caracterizadas por mancha verde, red venosa de putrefacción, flictenas y desprendimiento de tegumentos.
Por:	boca	nariz	oídos
		sale	
	líquido sero-sanguíneo	/	de putrefacción

EXAMEN TRAUMATOLOGICO

A la inspección este cadáver presenta las siguientes lesiones:

.....
.....
.....

EXAMEN INTERNO

CABEZA:

Aponeurosis Epicraneana

Huesos del Cráneo

Meninges.....

Masa Encefálica Pesa

CARA:

Mucosa: de los labios bucal

Lengua:

CUELLO:

Faringe

Esófago

Laringe

Traquea

TORAX:

Pleura Derecha: con sin adherencias
cavidad contiene cm de líquido

Pleura Izquierda: con sin adherencias
cavidad contiene cm de líquido

Pulmón derecho: pesa

LA MUERTE Y LA MEDICINA LEGAL

Pulmón izquierdo: pesa

Pericardio: vacio libre con adherencias
 contiene cm³ de

Corazón: pesa:
 Ventriculos: Tabique:
 Cavidades diltadas / contienen:
 sangre líquida coágulos cruoricos

Válvula Aortica

Válvula Mitral.....

Válvula Tricúspide.....

Válvula Pulmonar

Aorta

Pulmonar

ABDOMEN:

Diafragma:

Estómago vacío contiene gr de una papilla no diferenciable /
 en la que se reconocen restos de

Hígado: Pesa gr.

Vesícula: litiásica ausente

Páncreas: Pesa gr.

Bazo: Pesa gr.

Intestino Delgado:

Intestino Grueso:

Mesenterio:

Peritoneo: contiene cm³ de

Riñón Izquierdo: Pesa gr

Riñón Derecho: Pesa gr

Vejiga: contiene cm³ de orina

Próstata: hipertrófica

PELVIS

Organos Genitales:

 Utero Ovarios

 Trompas

 Vagina Vulva

 Himen: desaparecido de antigua data

 Escroto

 Testículos Pene

 Recto

 Región anal y perianal:

 Esfínter anal:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1. Se solicita estudio histopatológico de
2. Investigación de grupo sanguíneo y Rh. H.I.V.
3. En sobre lacrado sellado y firmado se envía a V.S.
4. Se solicita investigación de:
 alcohol en sangre humor vítreo cerebro hígado

5. Se pide investigación de plancton mineral en:
cavidades ventriculares de corazón en médula ósea
6. Se solicita investigación de Monóxido de carbono en sangre.
7. Se solicita estudio radiológico de
8. Guardamos vísceras:
hígado cerebro riñón en frasco Nº 1 y
estómago y su contenido en frasco Nº 2.
Frasco Nº 3 para otros líquidos u otros elementos, para estudio toxicológico.

CONSIDERACIONES MEDICOLEGALES

.....
.....
Este espacio es de suma utilidad a los fines de poder redactar algunas interpretaciones de la operación realizada, que contribuyan a clarificar las causales del fallecimiento o la sugerencias de alguna otra peritación o búsqueda de antecedentes o de resultados de exámenes complementarios que apunten al mismo fin.

CONCLUSIONES

La muerte de
Fue producida por

F) TANATOCONSERVACIÓN

Comprende todas las técnicas empleadas destinadas a la preservación del cadáver e incluye el embalsamamiento y la refrigeración.

El *embalsamamiento* consiste en la conservación del cadáver evitando la instalación de los fenómenos de transformación cadavérica a través del tratamiento con diversas sustancias que actúan tanto interna como externamente. Existen diversos métodos para lograr este fin entre los que se encuentra la técnica de Lecha Marzo y el método de la parafinización. El embalsamamiento se puede realizar a pedido de familiares o bien por disposiciones legales que así lo disponen. En nuestro medio la Resolución nro. 2005 de la ex-Secretaría de Salud Pública del año 1968 se establecen normas para el "transporte internacional de cadáveres" y entre las medidas sanitarias que deben cumplimentarse figura el embalsamamiento.

La *refrigeración* se emplea con el fin de retrasar un cierto tiempo la instalación de los fenómenos putrefactivos. Se realiza en cámaras donde puede regularse la temperatura entre 0 y 20 grados bajo cero. Se realiza en el ámbito hospitalario y forense cuando debe retrasarse la remisión del cadáver para su inhumación en el primer caso y cuando no es posible realizar la autopsia médico-legal por algún impedimento médico o judicial.

Los límites de la temperatura mencionados impiden la iniciación de la putrefacción y el congelamiento permitiendo la resolución en un plazo prudencial de

las situaciones planteadas. Es interesante destacar que por este procedimiento las livideces adquieren un color rojizo y no es posible realizar el cronotanatodiagnóstico a partir de la estimación de la temperatura y de los fenómenos autolíticos y putrefactivos.

G) TANATOLEGISLACIÓN

Comprende todas aquellas disposiciones legales concernientes a la muerte y que deben ser tenidas presentes por el médico al momento de realizar las comprobaciones y certificaciones correspondientes y son las siguientes:

1) El fin de la existencia:

El artículo 103 del CODIGO CIVIL determina cuando finaliza la existencia de las personas expresando la parte pertinente lo siguiente: "TERMINA LA EXISTENCIA DE LAS PERSONAS POR LA MUERTE NATURAL DE ELLAS."

2) El certificado de defunción:

La ley 17132 del ejercicio de la medicina establece en el artículo 19 inciso 8) la obligatoriedad de realizar el certificado de defunción por parte del médico que haya asistido al paciente en su última enfermedad: ARTICULO 19, INCISO 8: "EXTENDER LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION DE LOS PACIENTES FALLECIDOS BAJO SU ASISTENCIA, DEBIENDO EXPRESAR LOS DATOS DE IDENTIFICACION, LA CAUSA DE LA MUERTE, EL DIAGNOSTICO DE LA ULTIMA ENFERMEDAD DE ACUERDO A LA NOMENCLATURA QUE ESTABLEZCA LA SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y LOS DEMAS DATOS QUE CON FINES ESTADISTICOS LES FUERAN REQUERIDOS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS.

3) Inhumación: es el acto por el cual se da sepultura a un cadáver en tumba, nicho o bóveda. El documento que habilita a este efecto es la LICENCIA DE INHUMACION que es extendida por el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, ante la comunicación de la muerte dentro de las 24 horas de producida, mediante la presentación del CERTIFICADO DE DEFUNCION.

La inhumación no podrá hacerse antes de las 12 horas a partir de la hora de la muerte ni demorarse por más de 36 de no mediar disposición en contrario procedente de autoridad competente.

4) Exhumación: es el acto en virtud del cual se extrae el cadáver de su sepultura. Se realiza en virtud de disposiciones administrativas o por orden judicial con el fin de confirmar la identificación de un cadáver o bien para realizar una autopsia médico-legal o repetirla cuando existen dudas acerca de la causa de la muerte en un caso determinado.

5) Cremación: es la reducción de un cadáver a cenizas mediante la acción del calor en hornos destinados al efecto.

Puede ser de carácter voluntario u obligatoria. Es voluntaria cuando una persona en vida dispone que se realice después de su muerte o bien son sus familiares quien disponen que se efectúe.

Es obligatoria en: cadáveres fallecidos por enfermedad epidémica declarada oficialmente; en cadáveres de enfermos indigentes no reclamados por los deudos fallecidos en hospitales y los cadáveres procedentes de la Morgue Judicial previa consulta con el juez interviniente.

Con respecto a los pacientes fallecidos en Hospitales dentro del ámbito de la ciudad de Buenos Aires, debe confeccionarse el certificado correspondiente ("CADAVER DESTINADO A LA CREMACION. Certificado médico") en el que están los datos del paciente y del médico debiendo constar: la "CAUSA DEL FALLECIMIENTO" así como que "EL EXTINTO HA FALLECIDO DE MUERTE NATURAL".

6) Muerte y transplantes

Las normas que regulan esta práctica están contempladas en la ley respectiva por lo que nos remitimos al Capítulo pertinente.

Capítulo 2 — SUICIDIO

José A. Patitó

1. CONCEPTO

El suicidio es el acto a través del cual una persona, en forma voluntaria, pone fin a su vida.

2. TEORÍAS. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Existen diversas teorías que tratan de explicar esta conducta:

- ✗ a) teoría psicopatológica: según esta teoría, el pensamiento del suicida, en el momento de cometer el acto, es de tipo delirante, por lo que lo interpretan como manifestación de un cuadro psicótico.
- ✗ b) teoría sociológica: dice que es la sociedad la que provoca el trastorno mental que lleva al individuo a tomar esa determinación.
- ✗ c) teoría psicoanalítica: dice que es un acto de intensa agresión contra sí mismo. En el marco de esta teoría, en 1973, Schneidman lo definió como "un acto humano de carácter autolesivo que tiene como resultado el fin de la existencia real".

Existen varios enigmas en la vida humana. Uno de ellos es el suicidio. Nadie ha podido explicar realmente por qué un ser humano se entrega a ese comportamiento autodestructivo.

En algunos casos pueden demostrarse eventos fenomenológicos diferentes como escapar al dolor, temer a volverse loco, reunirse con un pariente en el mas allá. Todos implican la PRESION DE UNA ANGUSTIA sentida como insopportable. Así se comprende al suicidio como un "escape de", más que como "UN IR HACIA ALGO". Por ello el papel de la prevención debería tender a reducir el terror a las presiones internas e externas e incrementar las vías para un solución racional.

En la época moderna el estudio del suicidio empezó al fin del siglo pasado con dos líneas de investigación, la sociología y la psicología asociada cada una con los nombres de Emilie Durkheim (1858-1917) y Sigmund Freud (1856-1939). Mucho antes, por ejemplo, en Roma, en los siglos anteriores a la era

cristiana el suicidio era considerado por algunos como un hecho positivo. Séneca, el estoico romano dijo: "el vivir no es ningún bien si no se vive bien. Por lo tanto el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que puede... siempre pensará sobre la vida en términos de cualidad, no de cantidad. Morir antes o después es irrelevante... la vida no es para comprarla sea cual sea el precio". En el aspecto religioso los martirios y la tendencia a la muerte de los cristianos primitivos conmovió a la Iglesia lo suficiente como para comparar el suicidio con el crimen y, por lo tanto, con el pecado. El cambio más importante fue el que se produjo en el siglo IV con San Agustín (354-430) al decir que el suicidio es un crimen porque quita la posibilidad de arrepentirse y porque viola las leyes en contra del matar. Santo Tomás de Aquino (1225-174) destacó que el suicidio era un pecado mortal porque usurpa el poder divino de decisión sobre la vida y la muerte. Aunque ni en el viejo ni en el nuevo Testamento se habla de suicidio, el Concilio de Toledo del año 693 proclamó que la persona que intentara el suicidio sería excomulgada.

Desde el punto de vista filosófico Rousseau (1712-1778) transfirió el pecado del hombre a la sociedad, afirmando que es la sociedad la que lo transforma agrediendo a sus propios componentes y a sí mismo. David Hume (1711-1778) despojó al suicidio de la idea de pecado y trató de descriminalizarlo.

Como se señaló antes, en el siglo XX hubo dos posturas importantes con respecto al suicidio: por un lado DURKHEIM centró su teoría en los efectos perjudiciales que la sociedad ejerce sobre el individuo mientras que FREUD centró su idea en el inconsciente del hombre. *Durkheim* en su obra de 1897 "LE SUICIDE" estableció el modelo de investigación sociológica sobre el suicidio. Según este autor el suicidio es el resultado de la acción de la sociedad sobre el individuo y postuló tres tipos básicos de suicidio: el suicidio *ALTRUISTA*, ej. hara-kiri y la costumbre en la India de que las viudas se inmolen en la tumba del marido: en este caso la persona no tiene elección y la sociedad es la que dicta las leyes. El suicidio *EGOISTA* se produce cuando la persona tiene pocos lazos con la comunidad. Se suicidan más las personas que viven solas que las que viven en familia.

El otro suicidio se llama *ANOMICO* y es cuando la relación entre la sociedad y el individuo es estrecha pero por algún motivo se rompe, por ej.: pérdida de trabajo.

Según *FREUD* el suicidio se halla latente en el inconsciente: las personas se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman, así es que cuando ocurre una frustración el lado agresivo se dirige contra la persona internalizada. De este modo el psicoanálisis explica el suicidio como la *REPRESENTACION DE LA HOSTILIDAD INCONSCIENTE* dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado.

La corriente filosófica o existencial (Camus) dice que solo existe un problema filosófico serio que es el suicidio. La tarea más importante del hombre es responder a la aparente falta de significado de la vida, "su desesperanza y su cualidad absurda".

3. CÓDIGO PENAL Y SUICIDIO

El Código Penal argentino no considera delito al suicidio. En cambio incurre en delito el que ayuda o instiga a otro para que lo haga.

El artículo 83 dice textualmente:

"SERA REPRIMIDO CON PRISION DE 1 A 4 AÑOS EL QUE INSTIGARE A OTRO AL SUICIDIO O LE AYUDARE A COMETERLO, SI EL SUICIDIO SE HUBIERE TENTADO O CONSUMADO".

De la lectura del artículo surge que es un delito doloso que se sanciona tanto si el acto se completa o si hubo una tentativa, mediante la colaboración directa (AYUDA) o indirecta mediante la INSTIGACION que debe interpretarse como la acción de impulsar, inducir o incitar a alguien para que lleve a cabo esa acción.

4. LEY DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y SUICIDIO

Una de las obligaciones de los médicos es la de indicar la internación de los casos en que ha habido tentativa de suicidio tal como queda consignado en el artículo 19, inciso 3.

Art. 19. - de las obligaciones de los médicos

inciso 3: "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, TENTATIVAS DE SUICIDIO o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz".

5. CÓDIGO DE ÉTICA Y SUICIDIO

Encontramos disposiciones relativas al tema en el Capítulo XVI llamado "De la eutanasia" estableciéndose que "en ningún caso el médico está autorizado para abreviar la vida del enfermo, sino para aliviar su enfermedad, mediante los recursos terapéuticos del caso" (artículo 117).

6. BIOÉTICA Y SUICIDIO

El médico debe defender la vida. En ninguna circunstancia debe hacer lo opuesto y es por eso y teniendo como base la legislación positiva, los diferentes códigos de ética defienden la vida. Nuestro Código de Ética médica defiende la vida desde el momento de la concepción e incluye —como vimos— conceptos sobre la eutanasia.

En el Juramento de Hipócrates encontramos una referencia al suicidio: ... "no me dejaré llevar por ninguna súplica que me convenza para suministrar a nadie ninguna droga letal como tampoco la aconsejaré..."

EN LA DECLARACION DE GINEBRA DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL (1948 y 1968) y en el CODIGO INTERNACIONAL DE ETICA MEDICA (1949) encontramos las siguientes referencias respectivamente: ... "velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aún bajo amenaza y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir leyes humanas..." y, ... "el médico debe actuar solamente en interés del paciente y no proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel..."

7. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DEL SUICIDIO

Esta cuestión se relaciona con la labor que le cabe al médico asistencial y al médico legista en caso de suicidio y en las tentativas del mismo.

Con respecto al médico asistencial es necesario señalar que cuando presta asistencia a alguien que ha intentado quitarse la vida —por cualquier medio— debe, hacer la denuncia policial del hecho estando amparado por la justa causa.

En los casos en que el hecho se haya consumado el que interviene es el médico legista quien deberá informar al juez la causa y mecanismo de la muerte teniendo en cuenta el lugar del hecho, los antecedentes que le brinde la policía y el resultado de la autopsia.

Capítulo 3 — HOMICIDIO

José A. Patitó

INTRODUCCIÓN

El Código Penal en el LIBRO SEGUNDO que se titula DE LOS DELITOS establece las normas relativas al derecho a la vida. A lo largo de las disposiciones que consideraremos veremos que el bien jurídico protegido o sea LA VIDA DE LAS PERSONAS, es resguardada desde el comienzo de su existencia.

Atento a que según el Código Civil la vida comienza desde la concepción (Art. 70: Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, como si ya hubiesen nacido. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos en el seno materno nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre), es que tenemos las diversas formas en que este bien es protegido.

La vida de los seres humanos puede interrumpirse de varias formas, ya sea, por el propio individuo en cuyo caso hablamos de *suicidio*, o, por terceros tratándose en este caso de *homicidio*.

Según el Código Penal tenemos las posibilidades que se consignan en el cuadro nro. 1.

Cuadro Nº 1



El aborto y el suicidio se estudian en otras partes de esta obra por lo que esta sección estará dedicada al HOMICIDIO exponiéndose sucesivamente la definición, la clasificación y el informe médico-legal.

1. CONCEPTO

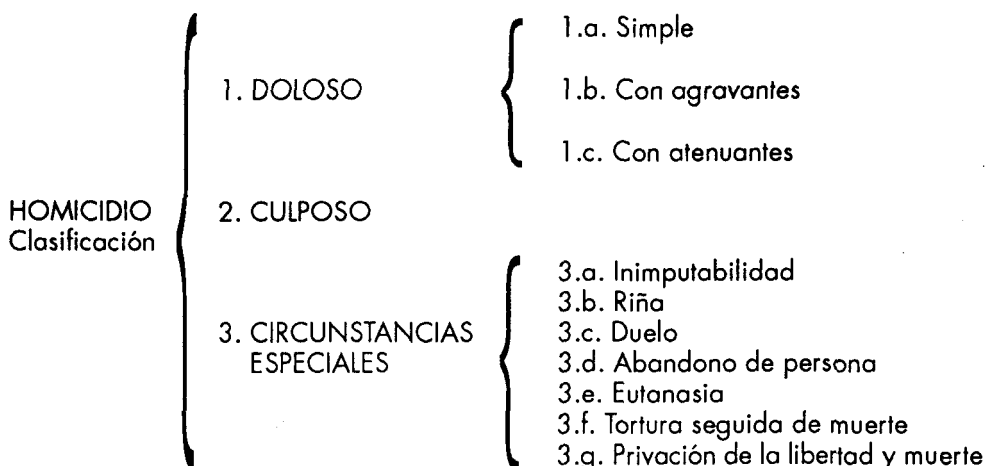
La palabra homicidio tiene raíz latina y deriva de los términos HOMO (persona, hombre) y CAEDA (matar) y conceptualmente es el "acto en virtud del cual una persona da muerte a otra". Luego veremos cómo en diversas circunstancias esa acción tiene otra connotación que lo aleja de lo que la ley considera delito como la ejecución judicial y la muerte en el marco de la denominada "obediencia debida".

En el Código Penal (art. 79) se conceptúa como delito de HOMICIDIO el hecho de dar muerte a otra persona cuando dice... "el que matare a otro"...

2. CLASIFICACIÓN

Como se señalara según las circunstancias, las características de la víctima y las condiciones del hecho podemos hacer la siguiente clasificación: (Cuadro Nº 2).

Cuadro Nº 2



Las características que diferencian los diversos tipos de homicidio son las siguientes:

1. Homicidio doloso

Es el que es llevado a cabo con intención de matar o sea con definida resolución de provocar la muerte del otro. De acuerdo a las situaciones que se planteen tenemos diversas variantes a saber:

a) Homicidio simple:

Es el acto de dar muerte a otra persona sin que medien otras circunstancias previstas en el código es decir sin factores agravantes o atenuantes.

El art. 79 (C.P.) dice textualmente: "SE APLICARA RECLUSION O PRISION DE 8 A 25 AÑOS, AL QUE MATARE A OTRO SIEMPRE QUE EN ESTE CODIGO NO SE ESTABLECIERE OTRA PENA"

En los últimos tiempos y a raíz de los numerosos accidentes de tránsito y con el objeto de aumentar la pena ha surgido una variante de este tipo de homicidio conocida como "HOMICIDIO SIMPLE CON DOLO EVENTUAL". A través de una sentencia se sancionó con 9 años de prisión a un sujeto que manejando un vehículo hizo caso omiso a las reglas de tránsito y embistió a otro vehículo ocasionando la muerte de su ocupante. En este caso se pudo probar el "DOLO EVENTUAL" porque el conductor en su trayecto tenía asumido que podía llegar a chocar y lesionar o matar y no le importó ya que continuó su marcha y cruzó varios semáforos en rojo con el resultado señalado. En estos casos el conductor se representa como hecho posible, el ocasionar la muerte de otra persona pero obra con indiferencia ante esa posibilidad. El reproche se origina en la actitud de desprecio que el conductor exhibe ante la integridad física de sus semejantes.

En el dolo eventual el autor NO TIENE la intención directa ni indirecta de matar, siendo necesario que concurran los siguientes elementos:

1. que la muerte sea una consecuencia previsible
2. que el autor del hecho se HAYA REPRESENTADO la EVENTUALIDAD de tal resultado.
3. que el autor se coloque en una actitud de INDIFERENCIA frente a la probabilidad de su producción.

b) Homicidio con agravantes o calificado:

Es el contemplado en el artículo 80 sancionado a quien lo comete con una pena de RECLUSION O PRISION PERPETUA, siempre que medien las circunstancias que se detallan en el cuadro N° 3.

Cuadro N° 3

Se impondrá reclusión perpetua o prisión perpetua al que matare:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. a su ascendiente, descendiente o cónyuge sabiendo que lo son. Si medien circunstancias extraordinarias de atenuación el juez podrá aplicar PRISION O RECLUSION DE 8 a 25 años.
Si medien las circunstancias del art. 81 (emoción violenta) la pena será de 10 a 25 años (art. 82). |
|---|

2. CON ENSAÑAMIENTO, ALEVOSIA, VENENO U OTRO PROCEDIMIENTO INSIDIOSO.
3. Por precio o promesa remuneratoria
4. POR PLACER, CODICIA, ODIO RACIAL O RELIGIOSO.
5. Por un medio idóneo para crear un peligro común.
6. CON EL CONCURSO PREMEDITADO DE DOS O MAS PERSONAS.
7. Para preparar, facilitar, consumir u ocultar otro delito o para asegurar sus resultados o procurar la impunidad para si o para otro por no haber logrado el fin propuesto al intentar otro delito.

Comentario:

1. *Matar a un ascendiente, descendiente o cónyuge sabiendo que lo son:*

El agravante del vínculo matrimonial sólo comprende a los conyúgues unidos conforme a la ley nacional, quedando excluidos de ellas los esposos divorciados, los matrimonios nulos y todas aquellas personas que se dispensen trato de conyúgues que no se encuentren legalmente casadas (Cámara Penal de Rosario, Sala 2, 1-7-94).

2. *Con ensañamiento, alevosía, veneno u otro procedimiento insidioso.*

El amordazar a una anciana para que no grite y así robarle con más facilidad aprovechando su indefensión, matándola finalmente, hace surgir el agravante de la ALEVOSIA pues los autores han actuado sobre seguro y sin riesgo alguno para ellos.

Para la ALEVOSIA no es suficiente la mera concurrencia de la indefensión y del aseguramiento sino que es necesario el conocimiento por parte del autor del hecho de esas circunstancias y que sean intencionalmente buscadas y aprovechadas.

3. *Por precio o promesa remuneratoria*

Se habla en este caso de asesinato. Existe un precio estipulado y un mandatario conocido.

4. *Con el concurso premeditado de dos o más personas*

La premeditación consiste en meditar de antemano sobre el acto que se va a llevar a cabo. Su característica es la de liberación fría sobre lo que se va a ejecutar.

c) Homicidio con atenuantes:

Son circunstancias que establece el art. 81 (C.P.) en las que la pena se atenua si se dan las siguientes circunstancias:

a) al que matare a otro encontrándose en un estado de emoción violenta y que la circunstancias hiciere excusable.

b) al que, con el propósito de causar un daño en el cuerpo o en la salud, produjere la muerte de alguna persona, cuando el medio empleado no debía razonablemente ocasionar la muerte.

La emoción es un estado de conmoción del ánimo en que los sentimientos se exacerban alcanzando gran intensidad, siendo desordenados, potentes y de difícil control. La EMOCION VIOLENTA como elemento de atenuación del homicidio debe basarse en parámetros de naturaleza ética, social y cultural. Este tema esta desarrollado con mayor extensión en el capítulo de Psiquiatría Forense al que nos remitimos.

La segunda causal de atenuación configura el denominado *HOMICIDIO PRETERINTENCIONAL* también llamado por "exceso en el fin" siendo la verdadera intención del autor la de dañar y no de matar. Tienen que darse tres elementos: 1) propósito de dañar, 2) acto de dar muerte y 3) el medio "per ser" no tiene idoneidad para matar. LA PRETERINTENCION VA MAS ALLA DE LA INTENCION SIENDO AQUEL CUYO RESULTADO SUPERA EL PROPOSITO DELICTIVO.

El ejemplo clásico es aquel que con intención de dañar aplica un golpe de punto a otro en virtud del cual éste cae sobre el pavimento golpeándose su cabeza y falleciendo por fractura de cráneo y contusión y hemorragia cerebromeningea. En este caso el golpe de puño "no debía razonablemente producir la muerte" y el autor no tenía la intención de matar.

2. Homicidio culposo

Es aquel en el que el autor no tuvo la intención de matar pero que al obrar con IMPERICIA, IMPRUDENCIA, NEGLIGENCIA O CON INOBSERVANCIA DE LOS DEBERES Y REGLAMENTOS DE UN CARGO, provoca la muerte del otro. Es decir que para que un homicidio sea categorizado de esta forma debe descartarse en primer término la intencionalidad, luego demostrar que hubo culpa y que ese obrar culposo tiene íntima relación con el hecho imputado.

El HOMICIDIO CULPOSO caracteriza a los hechos acaecidos durante el acto médico por eso se dice que los delitos imputables al médico durante el ejercicio de su profesión son de naturaleza culposa (ver Responsabilidad médica).

3. Homicidio en circunstancias especiales

Merecen especial consideración aquellas muertes provocadas por terceros rodeadas de circunstancias especiales como las mencionadas en el cuadro N° 2 por lo que comentaremos brevemente por lo que para su consideración más extensa deberá recurrirse a tratados de la especialidad:

a) Homicidio e inimputabilidad:

En algunas circunstancias el homicida resulta ser no punible o sea no responsable del hecho. Esta situación es tratada con amplitud en el Capítulo de Psiquiatría Forense al hablar de la inimputabilidad por lo que nos remitimos al mismo.

b) Homicidio en riña:

Es el contemplado en el artículo 95 (C.P.) sancionando con la pena de prisión de 2 a 6 años cuando la produzca la muerte de una persona como resultado de riña o agresión en la que participaron más de dos personas tomándose por autores a todos los que ejercieron la violencia.

c) Homicidio en duelo:

Es el contemplado en los artículos 97 a 103 (C.P.) variando la pena según las circunstancias en que se produzca la muerte.

d) Abandono de persona seguido de muerte:

El artículo 106 (C.P.) sanciona con prisión o reclusión de 5 a 15 años al que provocare la muerte por haber colocado a la víctima en situación de desamparo o abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que debía mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado.

El médico debe prestar especial atención a esta eventualidad pues muchas veces la muerte de un paciente —dadas las circunstancias— puede jurídicamente considerarse no como HOMICIDIO CULPOSO, característico de la responsabilidad profesional, sino como HOMICIDIO POR ABANDONO DE PERSONA por lo que el delito se encuadra como de naturaleza DOLOSA siendo la pena mucho más severa.

e) Homicidio y eutanasia:

El médico puede provocar la muerte por acción u omisión pudiendo encuadrarse este accionar como de instigación o ayuda al suicidio o bien como homicidio.

f) Privación de la libertad y muerte:

Es un homicidio previsto en el artículo 140 (C.P.) y que sanciona con prisión o reclusión perpetua a quien haya privado de la libertad a otro ocasionándole la muerte: "... al que privare a otro de su libertad personal y si de ello resultare la muerte de la persona ofendida la pena será de prisión o reclusión perpetua".

g) Tortura seguida de muerte:

Es el homicidio considerado en el artículo 144 tercero (C.P.) sancionado con reclusión o prisión perpetua: "... si con motivo u ocasión de la tortura resultare la muerte de la víctima la pena privativa de libertad será de reclusión o prisión perpetua".

Capítulo 4 — MUERTE SÚBITA INFANTIL

Carlos A. Navari

A) INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos más difíciles de la investigación en la MSI tanto para el patólogo forense como para el pediatra, es encontrar la línea de demarcación entre el maltrato y la muerte natural.

La rápida evolución y la ausencia de un diagnóstico cierto de la causa de la muerte pueden plantear un problema médico legal. Si no hay un médico que certifique la defunción, es necesaria la práctica de la autopsia médica legal, en la que se intentará establecer el diagnóstico y el mecanismo de la muerte.

Las muertes súbitas de adolescentes, niños o lactantes se incluyen, desde el punto de vista médico-legal, en este amplio concepto de las muertes sospechosas de criminalidad.

Existiendo por propia definición en toda muerte súbita, la sospecha de estar originada por una causa no natural y al mismo tiempo la imposibilidad de certificar con rigor, debe ser objeto en todos los casos de investigación médico-forense, debiendo realizarse la autopsia en forma completa que incluya investigaciones anatomopatológicas, bioquímicas y toxicológicas.

La muerte súbita infantil es un tema clásico en Medicina Legal con indudables repercusiones en los ámbitos médico-asistencial, familiar, epidemiológico y social.

B) CONDUCTA A SEGUIR POR EL PEDIATRA ANTE UNA MSI

La conducta médica ante una MSI debe incluir:

1. Informar a la familia que la autopsia es imprescindible.
2. El médico debería obtener y anotar todos los datos, que faciliten a la instrucción para que el médico forense los tenga al momento de realizar la autopsia. Como información básica indispensable se deberá recabar: edad y sexo, peso al nacer, quien fue la última persona que vio al niño con vida (fecha y hora), quién lo descubrió muerto (fecha y hora), cuál fue el lugar de la muerte (cuna, cama de los padres, etc.) posición en que lo encontraron, si fue cambiado de posición (porqué y por quién), si se intentó alguna forma de resucitación (método) y quien fue la persona, última consulta a un médico, estado de salud en el último tiempo, tipo de alimentación (mamadera, pecho, etc.), hora de la última comida, qué comida, si hubo otros casos de MSI en la familia.

La familia en la que se produce una muerte súbita de un lactante necesita el apoyo médico. Son aspectos de gran importancia a este respecto:

- a. Explicar que este *cuadro existe*.
- b. Que no se conoce bien su etiología.
- c. Que no se ha debido a desatención o negligencia.
- d. Explicándoles en forma clara que:
 1. *NO existen medios de prevención.*
 2. *NO hay forma de predecirlo.*
 3. *NO es contagioso.*
 4. *NO es hereditario.*
 5. *Ocurre rápidamente y sin sufrimiento.*

De esta forma pueden prevenirse las secuelas que con frecuencia se producen en los familiares del niño y en los padres.

C) OBJETIVOS MÉDICO-LEGALES DE LA AUTOPSIA

La autopsia debe ser minuciosa y completa. Se deberá tomar muestras de fluidos orgánicos (sangre, orina, humor vítreo, etc.) para análisis bioquímicos y toxicológicos, debiéndose reservar muestras de tejidos para la realización de estudio histopatológico.

Desde el punto de vista médico forense, los estudios e investigaciones deben perseguir aclarar puntos claves:

1. *Descartar formas de muerte violenta*: Hay varios problemas especiales que merecen considerarse al respecto. Se refieren a distinguir entre MSI y:

- Cuadros asfícticos.
- Intoxicaciones.
- Presencia de signos de maltrato (recientes o antiguos).

2. *Diagnóstico de la causa de muerte*: Si todo lo anterior resulta negativo, hay que inclinarse por un mecanismo de muerte natural, del que se procurará encontrar la etiología, hecho que no siempre es posible. De la exploración y análisis de los hallazgos del autopsia y los exámenes complementarios, se podrá arribar a una de las siguientes conclusiones:

- Diagnóstico claro de la causa de muerte: A él se llega generalmente cuando un único hallazgo tiene suficiente entidad como para explicar la causa de la muerte sin lugar a dudas (malformaciones cardíacas).
- Presencia de varios signos, ninguno de los cuales explicaría la muerte por sí solo y de forma aislada, pero que en su conjunto hablan de un estado general patológico que explica una muerte en un momento dado.
- Autopsia negativa, por algunos autores denominada "blanca", sin ningún signo evidente de patología que explique el mecanismo de la muerte.

Es preciso subrayar que la causalidad violenta no es más que una posibilidad lejana, pero de todo, admisible. En los casos de muerte súbita infantil, la autopsia tiene una importancia extraordinaria desde los puntos de vista:

1. *Jurídico-legal*: Para descartar un mecanismo violento (malos tratos, sofocación, intoxicación).

2. *Investigación*: Para conocer adecuadamente los substratos morfológicos que subyacen en este tipo de muertes e intentar explicar los mecanismos fisiopatogénicos que hagan posible clasificar las muertes por los hallazgos anatomopatológicos o bien esclarecer las causas del síndrome.

3. *Clínico-preventivo*: Diagnosticando patologías que pueden ser prevenidas en embarazos siguientes (enfermedades congénitas o trastornos metabólicos hereditarios) y diagnosticando correctamente los casos de SMSL, para que hermanos gemelos o sucesivos puedan beneficiarse con la adopción de medidas preventivas (estudio clínico y/o inclusión en programas de vigilancia domiciliaria, etc.).

4. *Administrativo*: Facilitando la actuación del facultativo para la certificación de la defunción y evitar implicancias jurídico-penales.

D) PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES QUE DEBEN PLANTEARSE CON EL MSI

Patología Cardíaca: Aproximadamente el 13,5% de las muertes corresponden a cardiopatías congénitas. Combinándose anomalías estructurales cardíacas congénitas con lesiones secundarias a la alteración hemodinámica que acontece en estos casos (Tetralogía de Fallot, comunicación interventricular, ductus persistente, foramen oval permeable, comunicación interauricular tipo Foramen Oval, implantación anómala de las coronarias, etc.).

184 | Los fallos en la regulación neurovegetativa cardíaca que explicarían altera-

ciones arrítmicas o cambios en los intervalos Q-T, se han descrito también como causa de muerte súbita del lactante. Estos hallazgos se escapan a la valoración anatomopatológica; sin embargo, es necesario el estudio completo del sistema de conducción cardíaco en todos los casos cuya muerte sea inexplicable.

Se acepta que entre las muertes súbitas de los niños y adolescentes un 15% muestran miocarditis.

Patología respiratoria: La mayor parte de la patología en los casos de MSI corresponde a infecciones del aparato respiratorio (bronconeumonías, bronquiolitis obstructiva, neumonitis intersticial, etc.) Estas infecciones podrían desempeñar ocasionalmente, un papel importante en el desencadenamiento de episodios de cianosis y apneas respiratorias prolongadas graves, debido a su comienzo en forma de crisis y la progresión de hipoxemia, por el trastorno del equilibrio entre ventilación perfusión.

E) SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

También llamado muerte súbita del recién nacido, muerte en la cuna o muerte blanca, es una forma particular de muerte súbita, que se define como *"la muerte de un lactante, menor de un año de edad, que permanece sin explicación después de realizar una investigación minuciosa del caso, incluyendo la realización de una necropsia completa, examen de la escena de la muerte y una revisión de la historia clínica"*.

Por sus circunstancias constituye un importante problema no sólo médico legal, sino también social. Probablemente sea una de las situaciones más dramáticas a las que debe enfrentarse un pediatra. El SMSL, es la principal causa de mortalidad infantil postneonatal en países desarrollados.

1) Factores epidemiológicos comúnmente asociados a las víctimas del SMSL

Edad: Máxima incidencia entre los 2 a 4 meses, poco común antes de 1 mes o después de los 6 meses, esporádico hasta los 12 meses y excepcional después del año.

Sexo: Mayor frecuencia en varones (3:2).

Horario: Entre las 24 y las 9 horas (durante el sueño).

Estación del año: Mayor frecuencia en los meses fríos.

Enfermedades: Historia de infección respiratoria leve o síntomas gastrointestinales, una semana previa.

Reincidencia: Hermanos siguientes 2.1% (10 veces mayor)

Gemelos o trillizos 8% (40 veces mayor)

Lactancia: Más frecuente en lactancia artificial con relación a la lactancia materna.

Factores asociados al niño: Más común en pretérminos pequeños por su edad de gestación, pretérminos con displasia broncopulmonar, neonatos con anoxia neonatal, Test de Apgar bajo, menor respuesta a estímulos, mayor frecuencia de

ingresos hospitalarios, lactantes con reflujo gastro-esofágico y/o con dificultad al crecer.

Factores maternos: Madres solteras, madres jóvenes, madres multíparas con intervalos cortos entre embarazos, historia de abortos previos, anemia durante el embarazo, adicción al tabaco o drogas (opiáceos o cocaína), falta de cuidados / controles pre y postnatales.

Factores ambientales: Nivel socio-económico bajo, predominio en áreas urbanas.

Antecedentes de apnea o Episodio Aparentemente Letal: Valorar el momento y circunstancia del evento: Relación con el sueño, ingesta, sensorio, lugar, color de la piel (cianosis, palidez); tono, postura o movimiento anormal; duración del evento; tipo de reanimación requerida.

2) Hallazgos anatomopatológicos del SMSL

En la autopsia los hallazgos son variables, entrando a formar parte de categorías lesionales distintas, desde hallazgos absolutamente reactivos e inespecíficos, consecuencia de un estado terminal; hasta patologías que deben ser valoradas de forma muy objetiva para decidir si son o no son consideradas causas desencadenantes de la muerte.

Frecuentemente, existen signos histológicos de infección respiratoria antigua con presencia de agregados linfocitarios peribronquiolares, o de infección aguda con afectación bronquiolo-alveolar en forma de focos bronconeumónicos diseminados por uno o ambos pulmones. Acompañando o no a estas lesiones es frecuente observar líquido de edema intraalveolar y congestión capilar septal con moderada extravasación hemática.

Se mantienen a pesar de la edad cronológica de los lactantes la hemopoyesis heterotópica extramedular en el hígado páncreas y riñones, asociándose habitualmente a congestión visceral generalizada, petequias pleurales, tímicas, cerebrales, cerebelosas y epicárdicas. Estos datos sugieren la existencia de una anoxia aguda previa a la muerte. La coexistencia de los mismos con degeneración grasa de los hepatocitos, persistencia de la grasa parda periadrenal, aumento de las células cromafines suprarrenales, el aumento de grosor de las arterias pulmonares con hipertrofia e hiperplasia de la capa media asociada a hipertrofia del ventrículo derecho, la gliosis del tronco cerebral y leucomalacia de la sustancia blanca, hacen sospechar el mantenimiento de una situación hipoxémica de carácter crónico, que podría haberse iniciado incluso en la vida intrauterina. La reactividad tímica se manifiesta por la despoblación linfocitaria moderada y la transformación quística de los corpúsculos de Hassal que contienen detritus celulares y calcificaciones.

La autopsia no revela siempre una causa evidente de muerte sino que más bien pone de manifiesto anomalías morfológicas con un significado incierto.

3) Criterios de clasificación de la muerte súbita del lactante a partir de los hallazgos anatomopatológicos

Sobre la base de los conocimientos actuales, se propone la siguiente clasificación:

Grupo A: Muertes súbitas sin ninguna anomalía patológica. En ellos la autopsia es absolutamente negativa, son catalogadas como muertes súbitas genuinas o "síndrome de muerte súbita del lactante".

Grupo B: Muertes súbitas con lesiones anatomopatológicas sugestivas del síndrome pero que no explican la muerte. Son las que presentan hiperplasia tímica, hemorragias focales, degeneración grasa hepática, hipoplasia suprarrenal, petequias en timo, pleura y pericardio, reactividad del sistema linfático con adenomegalias.

Grupo C: Muertes súbitas con lesiones anatomopatológicas que podrían ser causa del deceso pero que, por su extensión o intensidad, no parecen suficientes. En este grupo entrarían los trastornos de nutrición y de desarrollo, presencia de anomalías congénitas no letales, focos de infección, secreciones y material aspirado en vías respiratorias altas y bajas, enfermedades metabólicas y hallazgos morfológicos tales como signos indirectos de infección. Se trata de muertes inesperadas que acontecen en pacientes con una patología de base, que los hace más vulnerables, por lo que fallecen ante enfermedades intercurrentes que en otras condiciones no serían letales.

Grupo D: Muertes súbitas en las que el estudio necrópsico ha evidenciado una clara causa de muerte. Casos en los que no hay ninguna duda ante la etiología de la muerte como: Malformaciones congénitas letales, complicaciones que siguen a la prematurez, traumatismos, neoplasias malignas, enfermedades infecciosas o metabólicas graves.

La mayoría de los casos de los Grupos C y D se producen a partir del año de vida. Por eso debe seguirse estrictamente el criterio de selección de los casos basándose en la definición, excluyéndose de la clasificación postmortem. En estos dos últimos supuestos no deben usarse el término de ***síndrome de muerte súbita del lactante***. En estos casos la ayuda del examen del lugar de la muerte y la valoración detallada de la historia clínica previa decidirán en que grupo se clasifican.

En definitiva, es necesario decidir en cada situación si una lesión microscópica es suficientemente severa para haber causado la muerte. El grado de suficiencia se establece a partir del examen postmortem planteándose cuáles han sido en esta muerte la:

- Causa primaria: Entendida como algo que inicia una cadena de cambios que terminan en la muerte.
- Causa accesoria: Algo que ayuda al proceso a seguir adelante.
- Causa inmediata: Último factor que contribuye a la muerte.
- causa esencial: En el sentido biológico, pero casi nunca lo suficiente como para explicar la muerte.

F) REPERCUSIONES JURÍDICAS DE LA MUERTE SÚBITA INFANTIL (MSI)

Debemos en primer término, efectuar consideraciones jurídicas en relación con el médico que se enfrenta o asiste a un caso de muerte súbita infantil y es requerido por la familia para que certifique la defunción. Un certificado de complacencia, además de hacer un mal servicio de cara a la adecuada investigación de la causa de la muerte, puede ocultar en algunos casos una muerte por mecanismo violento y por tanto con implicancias judiciales. Por otra parte, la

certificación de una causa de muerte sin datos suficientes, puede entrar en conflicto con la legislación penal vigente (certificado médico falso), tal como consta en los artículos 295, 296 y 298, Capítulo III del Código Penal:

Capítulo 5 — MUERTE SÚBITA EN EL ADULTO

José A. Patitó

A) INTRODUCCIÓN

Esta cuestión debe estudiarse en forma interdisciplinario ya que incluye aspectos etiológicos, clínicos, preventivos, epidemiológicos y sociales. No obstante haberse avanzado considerablemente sobre el tema aún existen muchas causas ignoradas respecto de la causalidad del síndrome.

Uno de los aspectos importantes, es la interrelación entre factores etiológicos y prevención ya que el mayor conocimiento de aquellos permite la elaboración de normas de tipo preventivo que, sin duda, contribuirían a evitar algunos casos. También el conocimiento de las causas de muerte súbita a través de la autopsia posibilita hacer una inferencia acerca del estado sanitario de un grupo poblacional determinado.

B) DEFINICIONES

Hay numerosas definiciones de muerte súbita del adulto. Por ejemplo en 1958 el Comité de Expertos en Hipertensión y enfermedad coronaria la O.M.S. la definió como: "LA MUERTE INSTANTANEA QUE OCURRE EN POCOS MINUTOS A PARTIR DEL COMIENZO DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS"; el Consejo Científico en Aterosclerosis y Enfermedad Cardíaca isquémica de la Sociedad Internacional de Cardiología la define como: "LA MUERTE INESPERADA DE CAUSA NATURAL QUE OCURRE INSTANTANEAMENTE O DENTRO DE LAS 24 HORAS DEL COMIENZO DE LOS SINTOMAS O SIGNOS" mientras que la O.M.S. la define como "AQUELLA MUERTE NO VIOLENTA E INESPERADA QUE OCURRE DENTRO DE UN PERIODO DE SEIS HORAS EN UN SUJETO APARENTEMENTE SANO O EN UN SUJETO ENFERMO CUYA CONDICION ES ESTABLE O ESTA MEJORANDO".

Otros, autores como Baroldi, Davis, Lavegrove, Goldstein, y Willich, entre otros, toman como criterio para definirla, a la duración del periodo agónico que puede variar entre 30 minutos y hasta 26 horas.

C) CONCEPTO MÉDICO-LEGAL.

DIFERENCIAS CON LA MUERTE INESPERADA, RÁPIDA Y POR INHIBICIÓN

De la lectura de las diferentes definiciones propuestas surge que se imbrican elementos concernientes a la etiología, y a la duración del período agónico.

También esas definiciones asimilan el concepto de muerte súbita al de muerte inesperada y rápida. Creemos que una correcta interpretación médico-legal debe, en primer lugar definir a la muerte súbita para luego saber qué casos deben ser incluidos en esa definición con fines jurídicos, epidemiológicos y/o estadísticos y lograr así diferenciarla de otros tipos de muerte como la rápida, la inesperada y la muerte por inhibición.

Es por eso que desde el punto de médico-legal y de acuerdo con otros autores que han trabajado sobre el tema en nuestro medio puede definirse a la MUERTE SUBITA como a "LA MUERTE QUE SE PRODUCE DENTRO DE LA HORA DE LA APARICION DE LOS SIGNOS O SINTOMAS EN INDIVIDUOS QUE PRESENTABAN UN ESTADO BUENA SALUD O QUE SI ERAN PORTADORES DE UNA PATOLOGIA CON IDONEIDAD PARA LLEVAR A LA MUERTE, ERA IGNORADA POR ELLOS Y SUS FAMILIARES".

De acuerdo a la definición, la muerte súbita lleva implícita la suposición "a priori" de la causalidad natural mientras que hay otros caracteres que hace que una muerte sea catalogada como INESPERADA, RAPIDA o por INHIBICION. Llamamos muerte INESPERADA a la que se produce en un individuo portador de una patología cuyo pronóstico no hacía prever la muerte en el corto lapso, mientras que aplicamos el concepto de muerte RAPIDA la que tiene un origen traumático siendo el tiempo de sobrevida luego de producidas las lesiones, extremadamente corto, sirviendo como ejemplo los casos de individuos que se suicidan arrojándose a las vías de un tren o aquellos procedentes de precipitación o defenestración.

Muchas veces y dada la circunstancia en que se producen los hechos se incluye dentro del concepto de muerte súbita a *muerte por INHIBICION*. Creemos que debe separársela puesto que debería aplicarse este concepto o sea el de muerte por mecanismo inhibitorio a aquella que acontece tras la aplicación de traumatismos a veces de carácter leve. Balthazar delimitó el concepto diciendo que es "MUERTE QUE SOBREVIENTE BRUSCAMENTE TRAS UNA EXCITACION PERIFERICA REALIZADA SOBRE EL CUELLO, ABDOMEN O ZONAS GENITALES SIN QUE APAREZCAN EN LA AUTOPSIA ALTERACIONES QUE PUEDAN EXPLICAR EL MECANISMO QUE LLEVO A LA MUERTE".

Típicamente la vemos en aquellos casos en que el cuello es comprimido con las manos del victimario con la intención de producir una estrangulación manual ejerciéndose presión sobre el seno carotídeo. También se ve en los casos de sumersión en que el agua fría se pone en contacto con las mucosas. En ambos casos se desencadena un mecanismo reflejo de intensa estimulación parasimpática con bradicardia y paro cardíaco. A este síndrome se lo conoce también como síncope vasopresor, ataque vasovagal y en la autopsia no se encuentra ninguna alteración anatomopatológica que pueda explicar la muerte salvo, el edema agudo de pulmón en algunos casos.

D) CAUSAS DE MUERTE SÚBITA

De nuestra práctica de autopsias en la Morgue Judicial de la ciudad de Buenos Aires, podemos decir que de acuerdo a los hallazgos anatomopatológicos, las causas más frecuentes de MUERTE SUBITA, en orden decreciente de frecuencia son las siguientes:

- 1. Causas cardiovasculares:**
- a) cardiopatías:
 - anomalías del sistema de conducción
 - aterosclerosis coronaria
 - cardiomiopatías
 - miocarditis
 - b) ruptura de aneurisma de aorta
 - c) stress

Incluimos a la muerte atribuible al *stress* como una muerte SUBITA siempre que se tratare de un individuo cuya condición previa a la muerte era la que se contempla en la definición o sea que gozaba de un estado de buena salud y sin patología previa conocida por él, tratándose de "UN CUADRO DE DESCOMPENSACION PSICOSOMATICA CAUSADO POR ESTIMULOS INESPECIFICOS QUE SUPERAN LA CAPACIDAD ADAPTATIVA DEL INDIVIDUO"

- 2. Pulmonares:** — tromboembolismo

- 3. Nerviosas:**
- hemorragia subaracnoidea (por ruptura de aneurisma o malformación arteriovenosa)
 - hemorragia intraparenquimatosa (en cerebro, cerebelo o tronco)
 - tumores de encefalo o meningeos
 - meningitis

- 4. Abdominales:**
- ruptura de aneurisma de aorta abdominal
 - perforación de úlcera gastroduodenal
 - pancreatitis hemorrágica
 - ruptura de bazo

- 5. Tóxicas:** Es cada vez más frecuente la causa debida a factor tóxico especialmente la provocada por cocaína sola o en combinación con el alcohol etílico.

E) ASPECTO MÉDICO-LEGAL

Toda MUERTE SUBITA es, desde el punto de vista jurídico, una MUERTE DE CAUSA DUDOSA por lo que se impone la práctica de la AUTOPSIA MEDIO LEGAL previa denuncia policial.

Es una cuestión que debe tenerse clara dado que frecuentemente se le presentan al médico situaciones de este tipo que exigen una respuesta inmediata. Requerida la presencia del médico lo que debe hacer es el DIAGNOSTICO DE MUERTE con lo que cumple con su obligación legal. Dado que no le consta la causa de la muerte y del examen del cadáver tampoco surge, de manera indubitante, la causa del deceso, debe dar inmediatamente intervención a la autoridad policial o judicial para que el cadáver sea trasladado y se realice la autopsia médico-legal la que pondrá de manifiesto si la muerte se debió a causa natural, traumática o tóxica.

Capítulo 6 — LA MUERTE DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO

Beatriz Lancelle

En el estudio de la muerte del FETO y del RECIÉN NACIDO es imprescindible el conocimiento y uso de las definiciones habitualmente utilizadas en obstetricia y neonatología por lo que a esos términos se hacen también referencia en el capítulo de Tocoginecología médico-legal. Estos conceptos son necesarios para poder enmarcar cada una de las situaciones que pueden presentarse con connotación médico-legal y son las siguientes:

1. DEFINICIONES

a) Recién nacido vivo y nacimiento vivo: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de esta separación respira o manifiesta cualquier otros signo de vida, tal como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de algún músculo, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no, adherida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considerará como un nacido vivo.

b) Recién nacido de término: Es aquel cuyo embarazo duró de 38 a 42 semanas completas.

c) Muerte o defunción fetal: Es la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre independientemente de la duración del embarazo. La circunstancia determinante del hecho es que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna señal de vida como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos.

Muerte fetal temprana: es la que se produce entre las 20 y 28 semanas de gestación.

Muerte fetal tardía: es la que se produce después de las 28 semanas de gestación.

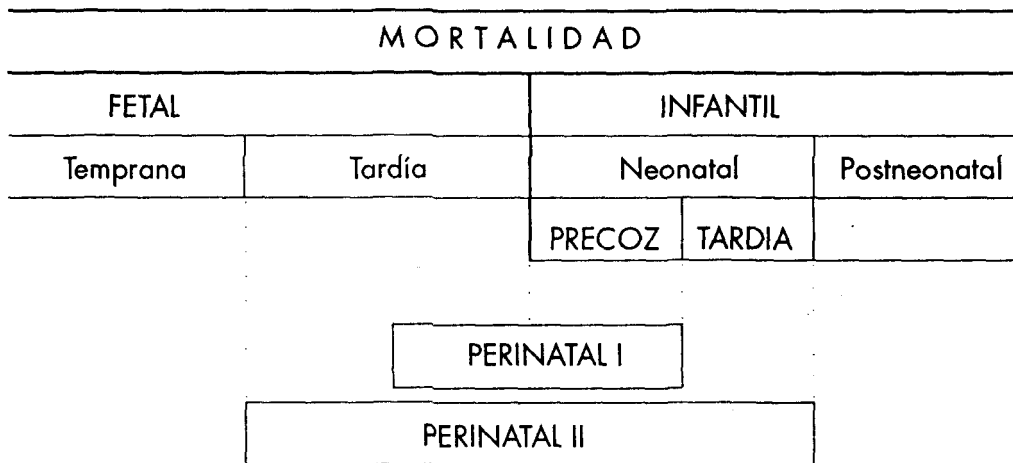
d) Muerte neonatal: Es la muerte del recién nacido hasta los 28 días completos de vida extrauterina. La muerte en este período se divide en:

MUERTE NEONATAL PRECOZ: hasta los 7 días, y,

MUERTE NEONATAL TARDIA: desde el 7mo. y hasta los 28 días.

e) Mortalidad perinatal: comprende los casos de muerte fetal y neonatal por lo que se la subdivide en mortalidad perinatal I y II.

De acuerdo a la O.M.S. los componentes de la mortalidad infantil y fetal son los siguientes:



En medicina forense y en el aspecto TANATOLOGICO interesan las muertes del PERIODO PERINATAL I o sea aquellas correspondientes a la mortalidad FETAL TARDIA y a la NEONATAL PRECOZ debiendo determinarse las CAUSAS DE LA MUERTE, la COMPROBACION DE LA VIDA EXTRAUTERINA, su DURACION y los SIGNOS DEL RECIEN NACIDO DE TERMINO.

2. CAUSAS DE MUERTE DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO

Por su implicancia médico-legal interesa establecer las causas de las muertes acaecidas en período PERINATAL I ya que muchas veces estas muertes son objeto de juicios de responsabilidad médica o materia de proceso penal en caso de que se hayan producido en circunstancias dudosas o por causas violentas.

a) La muerte del FETO (mortalidad fetal tardía) puede deberse a causas de orden natural o violento:

Causas naturales: Hipoxia intrauterina, patología de la placenta y del cordón, malformaciones, anomalías cromosómicas. Las patologías maternas que deben considerarse en esta causalidad son la hipertensión, diabetes, isoinmunización e infecciones (rubeola, citomegalovirus y toxoplasmosis entre las más comunes).

Causas violentas: Traumática y tóxica.

En estos casos, la utopsia esclarecerá la causa y el mecanismo de la muerte siendo de interés también consignar la data de la muerte o sea el tiempo que transcurrido hasta que se produjo la extracción del producto de la concepción. En este sentido es valioso establecer el grado de MACERACION que presenta el cadáver y que consiste en las transformaciones o cambios degenerativos que se desarrollan en el feto después de la muerte como resultado de la autolisis y desintegración textural por acción de las enzimas kallikreina, serotonina y 5 hidroxitriptamina. Las características de la maceración dependen de las condiciones de humedad, presencia de infecciones, grado de hipoxia fetal y edema. Este proceso comienza a las 48 hs. de la muerte y se describen tres grados:

— Primer grado: entre el 3 y 8vo. día de retención, hay infiltración serosanguínea del tejido celular con formación de flictenas en algunas zonas;

— Segundo grado: tiene lugar en la segunda semana. La epidermis en el tronco y miembros se desprende dejando ver una superficie de color rojizo, el abdomen es globuloso y los huesos del cráneo cabalgan unos sobre otros.

— Tercer período: ocurre después de los 15 días de retención. La epidermis se desprende en toda la superficie corporal y los órganos internos se tornan frágiles y friables.

b) La muerte del RECIÉN NACIDO puede deberse a causas naturales o violentas. Entre las primeras tenemos:

- 1) inmadurez o complicaciones del recién nacido de pretérmino
 - a) membrana hialina
 - b) displasia broncopulmonar
 - c) hemorragia intracraneal
 - d) enterocolitis necrotizante
 - e) hemorragia pulmonar difusa
- 2) anomalías congénitas: defectos cardíacos o del sistema de conducción
- 3) infecciones: generalmente complicaciones de corioamnionitis
- 4) Hipoxia perinatal
- 5) aspiración de líquido amniótico y meconio
- 6) discrasias
- 7) trastornos metabólicos

Las causas de MUERTE VIOLENTA O CRIMINAL DEL RECIÉN NACIDO más frecuentes son las siguientes:

- a) contusiones cráneo-meningoencefálicas
- b) fracturas múltiples con desgarros víscero-vasculares y hemorragias interna y/o externa
- c) asfixia: sofocación, estrangulación manual o a lazo, compresión toracoabdominal, sepultamiento, sumersión
- d) lesiones por armas blancas
- e) por acción del calor
- f) por tóxicos, y,
- g) POR OMISION DE CUIDADOS (abandono de persona).

3. PRUEBAS DE VIDA EXTRAUTERINA DEL RECIÉN NACIDO

Como parte integrante de la autopsia médico-legal se encuentra la cuestión fundamental de determinar si el recién nacido ha nacido vivo o muerto, sea cual fuere la causa de la muerte adquiriendo en algunas circunstancias carácter relevante. Estas pruebas se basan en la comprobación de las modificaciones que ocurren en el feto una vez que ha sido separado del cuerpo de la madre si es que ha habido "vida autónoma" luego del corte del cordón umbilical.

Las distintas pruebas de vida reciben el nombre de DOCIMASIAS (del griego "docimos" que significa comprobar examinar) siendo las más importantes las que tratan de determinar la existencia de la actividad respiratoria contándose entre las mismas a las siguientes: docimasía radiografía de Bordas, la docimasía pulmonar de Galeno Rayger-Schreger, la docimasía histológica de Bouchut-Tamasia, la docimasía disfragmática de Casper, la docimasía pulmonar óptica de Bouchut; la docimasía pulmonar epimicroscopía de Etienne Martin, la

docimasía de Veiga de Carvalho; la docimasía gastrointestinal de Breslau y la docimasía auricular de Wendt-Wredde.

De real importancia práctica y de elección son las tres primeras que describiremos a continuación:

A) Docimasía radiográfica de Bordas o docimografía pulmonar de Vasiliu-Meller: la transparencia de los pulmones en la imagen radiográfica se debe al aire contenido en los alveólos. En el recién nacido muerto, se observa una opacidad igual a la de los órganos macizos.

B) Docimasía pulmonar de Galeno Rayger-Schreger o docimasía hidrostática: se basa en la diferencia de peso específico del pulmón expandido con respecto al que no ha respirado. La densidad del pulmón fetal es de 1,08 a 1,10 g/ml por lo que un fragmento introducido en el agua se hunde. En cambio la densidad del pulmón expandido es de 0,80 a 0,90 g/ml por lo que sumergido en agua, flota.

El procedimiento consta de cuatro tiempos utilizándose un recipiente de vidrio transparente y amplio con agua:

— Primer tiempo: se sumerge el block cardiopulmonar y timo. Este block se hunde o flota.

— Segundo tiempo: se seccionan los pulmones en varios fragmentos comprobándose si el hunden o flotan.

— Tercer tiempo: se toma uno de esos fragmentos llevándoselo con la mano hasta el fondo, se lo comprime y se observa si se desprenden o no burbujas y, en su caso, sus características.

— Cuarto tiempo: se toma un fragmento de pulmón de los que hayan flotado, se lo comprime y se observa si flota o se hunde.

CUANDO HAY FLOTACION EN LOS TIEMPOS PRIMERO, SEGUNDO Y CUARTO Y DESPRENDIMIENTO DE BURBUJAS PEQUEÑAS Y UNIFORMES EN EL TERCER TIEMPO, SIGNIFICA QUE LA PRUEBA ES POSITIVA O SEA QUE EL FETO HA RESPIRADO, EN CAMBIO SI SE HUNDE Y NO HAY DESPRENDIMIENTO DE BURBUJAS, INDICA QUE LA PRUEBA ES NEGATIVA O SEA QUE EL FETO NO HA RESPIRADO.

En caso de putrefacción el pulmón y los fragmentos pueden flotar a "media agua" y las burbujas son escasas y desiguales.

C) Docimasía histológica de Bouchut-Tamassia: consiste en el examen microscópico del pulmón. En el recién nacido muerto los alveólos tienen forma irregular, sinuosa, las paredes contactan unas con otras y el epitelio de revestimiento es cúbico con núcleos centrales. En el recién nacido que ha respirado los, bronquios, bronquiolos y alveólos están dilatados, en los tabiques se observan los vasos con sangre en su interior y las células de revestimiento son planas.

4. LAS PRUEBAS DEL TIEMPO DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO

194 Dada la gran cantidad de modificaciones que experimente el cadáver del recién nacido a partir de la muerte debida a factores externos (humedad, tempe-

ratura) e internos, su evaluación carece de relevancia médico-legal y de importancia práctica si los datos recogidos a partir de la observación del cadáver no se correlacionan con esas variables.

El diagnóstico de la duración de la vida del recién nacido deberá, entonces, calcularse en cada caso, en particular y teniendo en consideración las circunstancias en que fue hallado, la causa de la muerte y los hallazgos de autopsia macro y microscópicos sirviendo como elementos referenciales los siguientes: características del cordón umbilical: unto sebáceo; color de la piel; exámen microscópico del pulmón; características del aparato cardiovascular y progresión del meconio.

5. EL RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO (CARACTERES DE MADUREZ)

Los caracteres somáticos del recién nacido de término están configurados por los siguientes elementos:

Peso: 3000 g \pm 150

Talla: 48 cm \pm 4

Longitud cefalocaudal: 35 cm \pm 3

Longitud del pie (primer dedo-talón) 8 cm \pm 1

Cabellos: longitud ente 1 y 1,5 cm.

Uñas de las manos: sobrepasan levemente la extremidad de los dedos

Uñas de los pies: no sobrepasan la extremidad de los dedos

Cordón umbilical: la inserción se halla a 1 a 2 cm, por debajo del punto medio del cuerpo y la longitud media es de 50 cm y de 20 mm de diámetro

Diámetros craneales:

occipitomentoniano: 13 cm

occipitofrontal: 12 cm

biparietal: 9.5 cm

bitemporal: 8 cm.

Circunferencia máxima - pasa por el diámetro

occipitomentoniano: 37 a 38 cm.

Diámetros del tórax:

bicromial: 12 cm.

esternodorsal: 9.5 cm

Diámetros pelvianos:

bitroncatéreo: 9 cm

biiliaco: 8 cm

sacropúbico: 5.5

Punto de Beclard: llamado "núcleo óseo de la extremidad distal del fémur", tiene aproximadamente 3 a 5 mm de diámetro, es de color rojizo destacándose por sobre el color blanquecino del cartilago. Aparece en el último mes del embarazo siendo su valor relativo porque aproximadamente un 20% de recién nacidos de término no lo presentan e inversamente puede aparecer en fetos de menos de 40 semanas de edad gestacional.

Signo de Billard: en los maxilares especialmente en el inferior, existen a cada lado cinco tabiques, formando cuatro alveólos.

Signo de Palma Scala y Bello: es la calcificación del segundo molar temporario.

Peso de las vísceras:

Encefalo 350 g \pm 80
 Timo 100 g \pm 5
 Corazón: 20 g \pm 5
 Pulmones: 45 g \pm 10
 Bazo: 10 g \pm 3
 Hígado: 130 g \pm 20
 Riñones: 25 g \pm 10
 Suprarrenales: 8 g \pm 3
 Páncreas: 4 g \pm 2

Meconio: es el contenido normal del intestino fetal. Comienza a formarse alrededor del 6to. mes de vida intrauterina. En el feto de término ocupa el intestino delgado y el colon hasta el sigmoides. La descripción de sus caracteres adquiere singular importancia en los casos de sufrimiento fetal ya que la hipoxia produce hiperperistaltismo y relajación esfinteriana volcándose de esa manera en el líquido amniótico. Si la expulsión es reciente se presenta pastoso, en suspensión en el líquido, el color verde rutilante dando el aspecto "en puré de arvejas" mientras que si la expulsión data de más tiempo, aparece disuelto en el líquido amniótico confiriéndole a este un color verde oscuro (mate cocido).

Placenta: tiene forma ovoide, de consistencia moderada, de 500 a 600 g de peso, con diámetro mayor de entre 16 y 20 cm. y espesor de 2 a 3 cm.

La cara materna es de aspecto carnosos, color rojo oscuro dividida por surcos que delimitan 20 a 30 lóbulos, cada uno con un número variable de cotiledones.

La cara fetal presenta la inserción del cordón umbilical, tiene color gris azulado, es lisa, translúcida y brillante por la presencia del amnios a través del cual se ven los vasos coriales.

LIBRO X

ASFIXIOLOGÍA

Fernando Claudio Trezzo

1. INTRODUCCIÓN

Etimológicamente el término asfixia deriva del griego y significa literalmente "falta de pulso". De un modo genérico entendemos por tal a todo cuadro caracterizado por una detención de la función respiratoria; la cual puede verificarse por alteraciones producidas a diversos niveles de su dinámica. Como resultante de éstas, se genera su déficit tisular de oxígeno cuya máxima expresión se denomina anoxia. Teniendo en cuenta el mecanismo íntimo por el cual se produce esta severa deficiencia hística podemos clasificar a las anoxias en cuatro grupos etiopatogénicamente diferenciables:

- 1) *Anoxia Anóxica*: producida como consecuencia de la falta de ingreso de oxígeno a las vías respiratorias; ya sea debido a un bajo tenor del mismo en el aire respirado (rarefacción ambiental); por alteraciones ventilatorias (neumopatías, neumotórax), o por impedimentos mecánicos extrínsecos.
- 2) *Anoxia Anémica*: generada por una disminución absoluta o relativa de la hemoglobina; es decir por pérdida, déficit; de producción o por ocupación funcional de la misma (monóxido de carbono).
- 3) *Anoxia Circulatoria*: también llamada de éstasis, ya que el déficit de oxígeno en este caso se halla vinculado con un enlentecimiento circulatorio producto de condiciones patológicas (T.E.P., shock) o tóxicas (drogas, picaduras de arácnidos y ofidios, etc.)
- 4) *Anoxia Histotóxica*: o tisular, debida a un bloqueo enzimático celular; ocasionado por sustancias tóxicas (cianuro, arsénico).

Debe considerarse que en el estudio de un caso médico legal dado, pueden actuar varios de estos mecanismos descriptos.

2. TIPOS DE ASFIXIAS

Las diversas etiologías productoras de cuadros asfícticos, pueden en un intento de simplificación ser agrupadas en tres grandes categorías:

- Las que responden a entidades nosológicas definidas, en las que no interviene sustancias tóxicas o mecanismos violentos (*Asfixias Clínicas*).
- Las producidas por contacto con tóxicos, cualquiera sea el modo en que el organismo se vincule con éstos (*Asfixias Tóxicas*).
- Y aquellas generadas por un impedimento mecánico de la función respiratoria, generalmente de causa violenta (*Asfixias Mecánicas*).

Estas dos últimas categorías, son sin duda las de mayor interés médico-legal. Para un mejor ordenamiento didáctico y siguiendo la planificación general de la obra analizaremos aquí las de etiología mecánica.

Las asfixias mecánicas son una causa violenta de muerte caracterizadas, un impedimento mecánico de la función respiratoria. Debe interpretarse esta defini-

ción como aproximativa; ya que como se verá más adelante; en algunas variedades, intervienen mecanismos complejos, relativizando el papel absoluto de la interrupción mecánica respiratoria en la producción del deceso.

Clasificación etiopatogénica: Este ordenamiento se basa en distinguir los diferentes niveles de bloqueo del sistema respiratorio; los medios físicos involucrados y las distintas situaciones por las cuáles el aire puede carecer del oxígeno necesario.

- A) Por acción Mecánica Externa:
 - A nivel cervical:
 - Ahorcadura
 - Estrangulación
 - A lazo
 - Manual
 - Otras
 - A nivel de los Orificios Respiratorios:
 - Sofocación
 - A nivel del tórax y/o Abdomen:
 - Compresión torácica y/o abdominal
 - A nivel diafragmático:
 - Crucifixión
 - Suspensión reversa
- B) Por ocupación de Vías Respiratorias:
 - Por medios sólidos:
 - Cuerpos extraños
 - Sepultamiento
 - Por medios líquidos:
 - Sumersión
 - Por medios gaseosos:
 - Gases inertes
- C) Por Ausencia de Aire Respirable:
 - Confinamiento

Signología General: Clásicamente han sido descriptos una serie de signos a los cuales se les atribuyó una especificidad tal que su hallazgo podía constituir un índice cierto de estar en presencia de un cuadro asfíctico, o aún más, señalar un tipo determinado de asfixia. Actualmente se acepta que la mayoría de ellos son comunes a todas las asfixias; con mayor o menor expresión según el caso y que deben ser valorados en el contexto global de la necropsia; ya que inclusive pueden presentarse en otras causales violentas y aún en muertes naturales. Ellos son:

— *Cianosis Cérvico Facial y Torácica:* Refiere a la coloración rojo azulada que se observa a nivel de la piel y las mucosas como consecuencia de una congestión a nivel del territorio de la vena cava superior. Debe denominarse en realidad, como congestión en los territorios citados, ya que la reducción hemoglobínica se produce aún post-mortem. Encuentra su máxima expresión en las compresiones tóracoabdominales y en las ahorcaduras.

— *Congestión Visceral:* Fundamentalmente producida por la vasodilatación que genera la hipoxia y secundariamente por la mayor fluidez sanguínea. Se manifiesta por el aspecto pletórico de las vísceras y porque al cortarlas fluye abundante sangre.

— *Edema Pulmonar:* Es consecuencia de los mismos mecanismos que gene-

ran congestión en otros órganos, a los cuales se suman la incompetencia cardíaca agónica y lesiones alvéolo-capilares hipóxicas. La macroscopía revela la turgencia y fluido de sangre ya descriptos.

—*Hiperfluidez Hématica*: Producida por la hipercapnia y un predominio de la actividad fibrinolítica. Se objetiva por la densidad sanguínea, por una acelerada aparición de las livideces y por la escasa presencia de coágulos. Está básicamente en relación con una corta duración del período agónico.

—*Sufusiones Hemáticas Petequiales*: Constituyen pequeñas extravasaciones hemáticas que se encuentran a nivel de las conjuntivas, la piel de la cara y el cuello, la aponeurosis epicraneana y las serosas (meninges, pleuras y pericardio). Su tamaño varía de puntiformes a áreas confluyentes de mayor extensión. Se producen por la conjunción de la congestión vascular, el aumento de la presión endocapilar y a la ruptura vascular subsecuente a la hipoxia. Se las conoce con el nombre de manchas de Tardieu.

AHORCADURA

1) Definición: Es la muerte violenta producida por un elemento constrictor que rodea el cuello y cuyo extremo se encuentra sujeto a un punto fijo; actuando como fuerza de tracción el propio peso del cuerpo.

2) Variedades: Los lazos utilizados en esta forma de muerte son de variados tipos y de diversos materiales; pero todos tienen en común la presencia de un nudo, que puede ser fijo o corredizo. Teniendo en cuenta la posición relativa del nudo respecto del cuello de la víctima, o del cuerpo en relación al entorno, pueden establecerse las siguientes variedades de ahorcadura:

—*Completa*: El cuerpo se encuentra totalmente suspendido, sin tener ningún punto de contacto con el suelo u objeto alguno.

—*Incompleta*: Alguna zona topográfica toma contacto con algún punto de apoyo del entorno.

—*Simétrica*: El nudo se encuentra sobre la línea media del cuerpo.

—*Asimétrica*: El nudo se encuentra lateralizado, a derecha o izquierda.

—*Típica*: La ubicación del nudo es en la región posterior del cuello (nuca).

—*Atípica*: El nudo puede situarse tanto en posición submentoniana, como en las regiones laterales del cuello.

Debe consignarse que las ahorcaduras asimétricas, a pesar de englobarse clásicamente dentro de las atípicas; son vistas con mucha mayor frecuencia que las simétricas. Además contrariamente a lo supuesto generalmente, las ahorcaduras incompletas no constituyen una excepción.

3) Etiología médico-legal: La ahorcadura puede responder a cuatro causales cuya significación médico legal obliga a su consideración por separado:

—*Suicida*: Representa holgadamente el mayor porcentaje.

—*Accidental*: Le sigue en frecuencia al grupo anterior. Puede darse como un hecho desgraciado en el curso de juegos infantiles o más frecuentemente como desenlace no deseado durante la realización de maniobras autoeróticas. Este último tipo, a veces denominado ahorcadura erótica, **ocurre** cuando la víctima intenta alcanzar mediante la compresión mecánica de su cuello y la suspensión

corporal, por congestión de la región pelviana, exaltación de su sensibilidad genital; fallando el sistema de seguridad implementado, entrando rápidamente la víctima en inconsciencia, generando así el propio peso de su cuerpo una constricción cervical fatal.

—*Homicida*: Se cuentan algunos pocos casos perpetrados por grupos de personas (linchamiento), o en los que el agredido había sido reducido previamente por otros medios violentos.

—*Judicial*: De escasa relevancia actual, fué utilizada en otras épocas como método de ajusticiamiento.

4) Patogenia: Pueden existir cuatro mecanismos responsables de la muerte en las ahorcaduras. No obstante debe tenerse en cuenta que en un caso determinado no necesariamente deben estar todos presentes y que en otros, el deceso puede sobrevenir como consecuencia de la intervención de varios de ellos:

a) *Mecanismo Vascular*: El lazo genera la compresión extrínseca de las estructuras vasculares cervicales, interrumpiendo el flujo a dicho nivel. El stop venoso ocasiona congestión pasiva cefálica y el cierre arterial genera la hipoxia de dichos territorios. La anoxia cerebral resultante lleva a una rápida pérdida de conciencia imposibilitando la reacción de la víctima. El flujo vascular venoso cervical es detenido con una fuerza extrínseca de tan sólo 2 kg; para interrumpir la circulación carotídea son suficientes 5 kg. La escasa magnitud de esos valores explica que la tracción de sólo un sector corporal pueda resultar idóneo para provocar el deceso. El compromiso de la circulación vertebral no se verifica en todos los casos; ya que para generar un bloqueo a dicho nivel son necesarias fuerzas del orden de los 30 kg. Este mecanismo está presente en la mayoría de las ahorcaduras.

b) *Mecanismo Respiratorio*: El desplazamiento de las estructuras cervicales superiores por efecto del lazo, genera la retropulsión de la base de la lengua, la cual se adosa a los planos posteriores faríngeos obturando el pasaje del aire a la vía aérea. Se necesita para este efecto la compresión de una fuerza de aproximadamente 15 kg.

c) *Mecanismo Reflejo*: Desencadenado por impulsos inhibitorios originados en la compresión del seno carotídeo o del neumogástrico; que tienen acción depresora sobre el automatismo cardíaco.

d) *Mecanismo Raquídeo*: Para que participe este mecanismo, es necesario una suspensión completa, con caída desde cierta altura. De esta forma, la violencia de la tracción genera lesión ósea cervical (fractura-luxación a nivel atloideo-axoideo o C2-C3 según las distintas series); produciéndose lesiones bulbo-medulares destructivas.

5) Períodos clínicos: Si bien las distintas modalidades etiológicas y los diferentes mecanismos intervinientes pueden hacer que éstos períodos se superpongan o aún falten parcialmente, didácticamente conviene discriminarlos:

—*Hipóxico*: Aparecen intensas cefaleas, acúfenos, escotomas, parestesias a nivel de los miembros inferiores, etc. Al final de este período se produce la pérdida de la conciencia.

—*Convulsivo*: La hipoxia cerebral creciente, genera convulsiones generalizadas. Es necesario tener presente la existencia de éste período; ya que la víctima puede contusionarse contra objetos circundantes en el curso de estos

movimientos involuntarios agónicos, pudiendo interpretarse falsamente estas lesiones como producidas por terceros.

—*Final*: Fase última de apnea y paro cardíaco.

6) Lugar del hecho: Como en toda investigación médico-legal, el examen del lugar del hecho resulta de capital importancia. Al margen de los estudios criminalísticos de rutina deberá prestarse especial atención a:

- El tipo de suspensión del cadáver.
- El mecanismo de suspensión puesto en práctica.
- El elemento constrictor utilizado (el cual deberá ser remitido conjuntamente con el cuerpo, en lo posible sin ser retirado del cuello).
- Muebles u objetos circundantes al cadáver.
- Elementos, objetos o vestimentas que sugieran la realización de prácticas autoeróticas.

7) Estudio del cadáver: Las premisas fundamentales serán:

- Determinar las características y magnitud de las lesiones cervicales.
- Establecer la vitalidad de las mismas.
- Categorizar otro tipo de lesiones extracervicales como así también correlacionar los hallazgos generales de la autopsia con las observaciones del lugar del hecho.

Para ello se procede de acuerdo a la siguiente sistemática:

a) **Exámen Externo:** Previa toma de vistas fotográficas generales del cadáver y en especial de la región cervical; se estudian todas las lesiones corporales, y en particular las del cuello. En este último la lesión fundamental la constituye el **surco de compresión**; se trata de una impronta o marca deprimida, longitudinal, que deja el elemento compresivo al ajustarse sobre el cuello. Este hallazgo no es privativo de las ahorcaduras, ya que como veremos más adelante lo encontraremos también en las estrangulaciones a lazo. Sin embargo, el análisis de sus características nos permitirá diferenciarlos. Puede suceder que el surco no se evidencie (hecho excepcional); esto ocurre cuando se interpone algún elemento entre el lazo y el cuello o cuando la distensibilidad del material le permite comprimir en un área extensa. En las ahorcaduras presentará las siguientes elementos distintivos:

- Número:** Generalmente único.
- Ubicación:** Habitualmente por encima del cartílago tiroides.
- Dirección:** Oblicua ascendente hacia la posición del nudo.
- Continuidad:** Interrumpido a nivel del nudo.
- Profundidad:** Más marcado en la zona que corresponde al asa del lazo.
- Ancho:** Variable en relación al elemento constrictor y a la región topográfica considerada.

—**Fondo:** Generalmente apergaminado. Pueden observarse además la presencia de pequeñas extravasaciones hemáticas, vesículas conteniendo líquido seroso y en algunos casos la reproducción de la trama del lazo utilizado.

—**Bordes:** Ligeramente sobreelevados, de aspecto equimótico-escoriativo.

—**Adyacencias:** Es factible encontrar pequeñas escoriaciones y equimosis como así también una banda violácea por encima del surco que corresponde a la presencia de livideces a dicho nivel.

Respecto del resto del exámen externo:

—El **rostro** puede presentar un aspecto variable según la variedad de ahorcadura que se trate y consecuentemente del mecanismo patogénico involucrado. Si la ahorcadura ha sido simétrica, el bloqueo de las circulaciones arterial y venosa darán como resultado un rostro pálido. Por el contrario, de tratarse de una variedad asimétrica, al permanecer por cierto tiempo la circulación arterial del lado del nudo y estar bloqueada bilateralmente la de retorno, el aspecto facial será congestivo.

—Las **livideces** se manifiestan a nivel de las porciones distales de los miembros cuando la suspensión es completa y en las áreas de decúbito en las incompletas. De prolongarse la suspensión durante cierto tiempo, es factible encontrar extravasaciones hemáticas puntiformes en las zonas donde las livideces se revelan con mayor intensidad (**púrpura hipostática**).

—Puede observarse además, tumescencia peneana y aún escape de líquido seminal debido a congestión pelviana posicional. En algunos casos, y en virtud de la hipoxia agónica puede haber relajación esfinteriana.

b) *Exámen Interno*: Debe tenerse presente que la objetivación macróscopica de las lesiones internas, del mismo modo que su categorización como vitales, dependen fundamentalmente del hallazgo de áreas con infiltración hemática de los tejidos. En tal sentido, es de buena práctica realizar primeramente la apertura de la cavidad craneal, a fin de eliminar la gran cantidad de sangre acumulada en la extremidad cefálica en estos casos; permitiendo una correcta visualización de las lesiones.

El exámen cervical podrá mostrar los siguientes hallazgos:

—Desgarros musculares, ligamentarios, vasculares y nerviosos.

—Áreas hemorrágicas a nivel de dichas estructuras.

—Fracturas de las estructuras osteo-cartilaginosas de la vía aérea.

—Fracturas y/o luxaciones de la columna cervical superior.

El resto del exámen interno evidenciará los signos generales correspondientes a las asfixias descriptos oportunamente.

c) *Histopatología*: Ya que resulta de vital importancia establecer la existencia y vitalidad de las lesiones, consideramos aconsejable extraer "in toto" el block visceral de cuello, realizar el estudio macróscopico en fresco durante la necropsia y posteriormente enviarlo a estudio histológico.

Igualmente resulta de gran valor la búsqueda de lesiones de **enfiserna traumático** en la histología pulmonar, caracterizadas por focos de extravasación hemática con ruptura de septos alveolares.

d) *Radiología*: Constituye un excelente método auxiliar para el diagnóstico de las fracturas de las estructuras osteo-cartilaginosas. Para ello debe radiografiarse el block visceral del cuello aislado antes de proceder a su apertura. Estudios recientes han demostrado la inconveniencia de realizar un diagnóstico macróscopico de fractura, ya que la considerable flexibilidad de estas estructuras y las marcadas diferencias individuales de osificación (sobre todo en individuos jóvenes), pueden conducir a conclusiones erróneas.

Cabe resaltar que en un estudio seriado realizado recientemente por el Departamento de Antropología del Instituto Smithsonian, las frecuencias estadísticas de fracturas encontradas (8% del hioides; 15% del tiroides y 0,003% del cricoides), han resultado significativamente inferiores a las encontradas en las estrangulaciones.

ESTRANGULACION A LAZO

1) Definición: Es la muerte violenta provocada por un elemento constrictor que rodea al cuello, mediante la aplicación de una fuerza activa.

2) Etiología médico-legal: Presenta las mismas modalidades de las ahorcaduras, pero con distintas frecuencias relativas.

—*Homicida:* Con mucho la más frecuente.

—*Accidental:* Más frecuente en niños y ancianos. Generalmente durante juegos o con ropas (bufandas) o en puertas automáticas.

—*Suicida:* Mucho menos frecuente ya que requiere la implementación de un mecanismo que mantenga la compresión luego de la pérdida de conciencia.

—*Jurídica:* No utilizada en la actualidad.

3) Patogenia: Intervienen en el deceso los siguientes mecanismos:

—*Vascular:* Dada la falta de interrupción del lazo en este tipo de asfixia, el bloqueo vascular venoso es bilateral, por lo cual predomina el componente congestivo en la extremidad cefálica.

—*Respiratorio:* De mayor relevancia que en las ahorcaduras, ya que el nivel de compresión es más bajo (laringo-traqueal); ocasionando el cierre de la vía aérea.

—*Reflejo:* Puede participar con la mecánica ya descripta.

4) Lugar del hecho: La búsqueda se orientará hacia la presencia de signos de lucha; el estado de las ropas de la víctima (concomitancia de agresión sexual); dispositivos utilizados para la autoprovocación de la asfixia y testimonios respecto de las eventuales circunstancias accidentales del deceso.

5) Estudio del cadáver: Siguiendo la misma sistemática procederemos al:

a) *Exámen Externo:* Llama la atención la marcada congestión del rostro, generada por el mecanismo vascular interviniente. Otro elemento a destacar en la modalidad homicida, es la presencia de lesiones de naturaleza básicamente contusiva, generalmente ubicadas en la región cefálica, provocadas por el victimario con el objeto de reducir la resistencia de la víctima o como método combinado de asfixia (sofocación). Asimismo deben explorarse las regiones genitales y paragenitales, a fin de descartar lesiones por ataque sexual. para sustanciar el diagnóstico es necesario examinar las características del surco de compresión:

—*Número:* Con frecuencia múltiple.

—*Ubicación:* Generalmente a la altura o por debajo del cartílago tiroides.

—*Dirección:* Horizontal u oblicuo descendente.

—*Continuidad:* Rodea completamente el cuello.

—*Profundidad:* Uniforme en todo el perímetro cervical.

—*Ancho:* Variable según lazo y región topográfica.

—*Fondo:* No presenta habitualmente signos de apergaminamiento.

—*Adyacentes:* Diversa variedad de lesiones contusivas (homicidio).

b) *Exámen Interno:* Caben las mismas consideraciones hechas para la ahorcadura, respecto de la metodología de estudio y de los hallazgos lesionales. Sin embargo conviene marcar algunas diferencias:

—No se encuentran habitualmente lesiones de la columna cervical como así tampoco desgarros intinales vasculares; ya que para su producción es necesaria una fuerza de tracción que accione longitudinalmente sobre el cuello, situación que no se verifica en este tipo de asfixia.

—Los estudios de referencia han demostrado, que dada la altura de la compresión las lesiones osteo-cartilaginosas de la vía aérea ocurren con mayor frecuencia que en las ahorcaduras; destacando las fracturas del tiroides con un 32% de los casos, siguiéndole en frecuencia el hioides lesionado en un 11% y finalmente el cricoides comprometido en un 9%.

c) *Estudios Complementarios:* Se realizarán estudios histológicos radiológicos y toxicológicos; con las técnicas y objetivos ya mencionados.

ESTRANGULACION MANUAL

1) Definición: Es la muerte violenta provocada por la constricción del cuello, realizada con una o ambas manos.

2) Etiología médico-legal: A priori constituye una modalidad homicida. No obstante debe considerarse la posibilidad de un accidente, sobre todo cuando se produce en el curso de juegos infantiles o la práctica de artes marciales.

3) Patogenia: El mecanismo principal involucrado es el respiratorio, por bloqueo de la vía aérea. Secundariamente puede intervenir el compromiso de la circulación cervical. También pueden sobrevenir muertes por mecanismo inhibitoria, desencadenado por la estimulación del seno carotideo.

4) Lugar del hecho: Deberán investigarse:

- Signos de violencia o de lucha.
- Evidencias indirectas de agresión sexual.
- Recabar datos respecto de la inmediatez del deceso a fin de corroborar hipótesis de muerte refleja.

5) Estudio del cadáver:

a) *Exámen Externo:* Los hallazgos se correlacionan con el medio utilizado para la constricción cervical. En tal sentido aparecen improntas equimóticas en las caras anterior y laterales del cuello (en la región posterior en los niños debido al reducido diámetro del segmento) provocadas por la presión de los pulpejos de los dedos del agresor. Asimismo es dable encontrar lesiones escoriativas semilunares (**estigmas ungueales**) ocasionadas por la compresión perpendicular de las uñas sobre el plano cutáneo, y/o escoriaciones lineales (**regueros ungueales**) cuando la uña se desplaza tangencialmente sobre la superficie epidérmica. La ausencia de lesiones sugerirá la posibilidad de un mecanismo inhibitorio. El resto del exámen podrá presentar diversos tipos de lesiones cuya topografía y significación ya han sido comentadas.

b) *Exámen Interno:* Las lesiones internas cervicales son similares a las observadas en la forma a lazo, pero habitualmente de mayor magnitud. Así las fracturas del hioides y del tiroides han sido encontradas en un 34% de las víctimas

de estrangulación manual, frecuencias éstas superiores a las encontradas en los otros dos tipos de compresiones cervicales.

6) Otras variedades: Es necesario tener en cuenta que la compresión del cuello puede ser realizada utilizando medios distintos a un lazo o las manos. Tal es el caso de las sujeciones llevadas a cabo con el antebrazo, el brazo u objetos rígidos de diversa naturaleza. Los mecanismos involucrados y la sistemática de estudio son idénticos. Sin embargo cabe resaltar que en los dos primeros casos pueden no evidenciarse lesiones externas y que en el último de los supuestos, el daño interno es habitualmente significativo.

SOFOCACION

1) Definición: Es la muerte violenta provocada por la oclusión de los orificios respiratorios, obstaculizándose la entrada de aire.

2) Etiología médico-legal: Básicamente homicida y accidental:

—*Homicida:* Pueden utilizarse las manos u otros elementos que puedan ocluir los orificios respiratorios o bien introducir materiales dentro de la cavidad bucal a fin de producir la obturación de la misma.

—*Accidental:* Existen varias posibilidades:

—*Posicional:* en ebrios, epilépticos e toxicómanos que al perder la conciencia permanecen en decúbito ventral, apoyando su cara sobre objetos blandos.

—*Por utilización de bolsas:* ya sea como juego en los niños, para estimulación autoerótica o por los adictos inhaladores que vuelcan en ellas las sustancias a utilizar.

3) Patogenia: El mecanismo interviniente (si no se han realizado otras maniobras asociadas), es la anoxia anóxica por falta de oxígeno.

4) Lugar del hecho: Búsqueda de signos de violencia; dispositivos autoeróticos; bolsas o elementos intrabucuales; como así también restos de disolventes, toxifármacos o alcohol.

5) Estudio del cadáver: Deben buscarse fundamentalmente lesiones periorificiales (improntas digitales y ungueales). Debe explorarse asimismo la mucosa yugal a fin de detectar lesiones provocadas por la compresión de los dientes sobre ésta. Pueden encontrarse en otros sectores lesiones por agresión de variada etiología. A nivel interno se advertirá la signología general de las asfixias. Debe recalcarse la vital importancia de la investigación en el lugar del hecho y de las circunstancias en que se produjo el deceso; ya que en muchas ocasiones los estudios necrópsicos arrojan resultados totalmente negativos.

COMPRESION TORACICA Y/O ABDOMINAL

1) Definición: Es la muerte violenta provocada por la compresión extrínseca del tórax y/o el abdomen, que impide la dinámica respiratoria.

2) Etiología médico-legal: Presenta dos modalidades:

—*Accidental:* En aglomeraciones, por puertas automáticas, en derrumbes o explosiones, y en accidentes automovilísticos.

—*Homicida:* Asociada con maniobras de estrangulación o sofocación.

3) Patogenia: Fundamentalmente el mecanismo es la anoxia anóxica asociado o no con lesiones traumáticas diversas.

4) Estudio del cadáver: Dos hechos son remarcables en esta variedad:

—La intensidad con la que se presentan las manifestaciones asfícticas. El rostro, el cuello y la parte superior del tórax muestran una muy marcada congestión (máscara equimótica), dada la magnitud de la compresión. Asimismo se acentúan las sufusiones hemáticas petequiales en los mismos territorios.

—El exámen interno arroja una notable signología asfíctica, pudiendo asociarse a fracturas múltiples, desgarros vasculares y viscerales.

CRUCIFIXION

Han sido descriptos en la literatura algunos casos de esta inusual forma de asfixia. Dadas las lesiones transfixiantes a nivel de las muñecas y de los pies, un mecanismo importante en la producción de la muerte debe estar vinculado al desencadenamiento de un estado de shock (hipovolémico y neurogénico), asociado a un mecanismo asfíctico por agotamiento posicional de la musculatura diafragmática e intercostal).

Otra interesante e infrecuente modalidad asfíctica es la denominada **Suspensión Reversa**. Como su nombre lo sugiere, el sujeto permanece suspendido cabeza abajo. Dado que en este caso no existen lesiones traumáticas, la muerte sobreviene como resultado de la asfixia posicional ya comentada agregándose los efectos circulatorios antigravitacionales.

CUERPOS EXTRAÑOS

La oclusión intrínseca de las vías respiratorias provocada por la ocupación de su luz por un cuerpo extraño sólido, constituye otra variante asfíctica frecuente.

1) Etiología médico-legal: Si bien han sido descriptos casos de homicidio y suicidio, la modalidad accidental debe considerarse casi como excluyente.

—Sucedee habitualmente en niños los cuales se introducen objetos de las más diversas formas y tamaños.

—De similar forma ocurre en sujetos alienados.

—También se encuentran prótesis dentales o trozos alimenticios voluminosos en sujetos ancianos, ebrios, epilépticos o con transtornos deglutorios.

2) Patogenia: El deceso responde a dos mecanismos:

—*Respiratorio:* Por anoxia anóxica generada por la interrupción al flujo aéreo ocasionada por el cuerpo extraño; asociada o no a un espasmo canalicular.

—*Refleja:* A punto de partida laríngeo, debida a impulsos vagales inhibitorios.

3) Estudio del cadáver: Sin duda el hallazgo necrópsico del cuerpo extraño en el interior de la vía aérea, habitualmente a nivel laríngeo, constituye el elemento de mayor valor diagnóstico. Si el objeto extraño es de reducidas dimensiones, deben considerarse las hipótesis espasmódicas o reflejas. El examen general demostrará marcada signología asfíctica tanto externa como interna.

SEPULTAMIENTO

1) Definición: Es la muerte violenta provocada por la ocupación de la vía aérea por un medio sólido pulverulento o constituido por pequeñas partículas.

2) Etiología médico-legal:

—*Accidental:* En derrumbes, catástrofes, explosiones, etc. También se han observado casos en trabajadores de silos areneros o de acopio de granos, o en explotaciones mineras.

—*Homicida:* Si bien puede excepcionalmente utilizarse esta metodología para provocar la muerte, debe considerarse la posibilidad que el sepultamiento intente ocultar el homicidio perpetrado por otros medios.

3) Patogenia: Anoxia anóxica por interrupción del flujo aéreo.

4) Estudio del cadáver: Al margen de la signología asfíctica general, deberán examinarse las lesiones traumáticas asociadas, las sustancias adheridas a la piel del cadáver y fundamentalmente la cantidad y características del material que ocupa la vía aérea.

SUMERSION

1) Definición: Es la muerte violenta producida como consecuencia del ingreso de un elemento líquido en las vías respiratorias.

2) Variedades:

Pueden describirse las siguientes:

—*Completa:* Cuando la totalidad del cuerpo se halla sumergido.

—*Incompleta:* Cuando solamente la extremidad cefálica o aún los orificios respiratorios se encuentran cubiertos o en contacto con el medio líquido.

—*Primaria:* Cuando la muerte sobreviene rápidamente y como consecuencia de la sumersión.

—*Secundaria:* Cuando el sujeto es rescatado con vida, y el deceso se produce en un segundo tiempo y como resultado de complicaciones sobrevinientes.

—*De Agua Salada o Dulce:* De acuerdo al grado de salinidad del medio.

3) Etiología médico-legal: Podemos considerar en orden de frecuencia las tres modalidades clásicas:

—*Accidental:* Es la más frecuente. Son muy diversos los sitios y circunstancias en que se produce el accidente. Respecto de los lugares, pueden citarse parajes marítimos, cursos de agua, construcciones anegadas, bañeras o aún pequeños espejos. En relación a las causas: caída accidental, fatiga, niños pe-

queños, ebrios, toxicómanos o pérdidas de conciencia (por patología previa, traumatismos, accidentes de buceo: barotrauma, "narcosis por nitrógeno", etc.).

—*Suicida*: Habitualmente se produce en grandes extensiones de agua, natatorios, piletones o similares.

—*Homicida*: Constituye una modalidad no demasiado frecuente. Las víctimas son habitualmente mujeres o niños debido a la menor resistencia que oponen. En recién nacidos, junto con la estrangulación manual constituye una modalidad electiva. Dentro de esta causal violenta debe considerarse también la posibilidad de que el homicidio haya sido perpetrado por otro mecanismo y que el cadáver haya sido arrojado secundariamente al medio líquido para simular un accidente o suicidio; o como maniobra de ocultamiento del cuerpo.

4) Fases de la sumersión: La secuencia de eventos que acontecen desde que el sujeto conciente cae al agua, hasta que se produce el deceso, puede ordenarse del siguiente modo:

—*Primera fase*: Inspiración profunda previa al hundimiento.

—*Segunda fase*: Seguidamente la víctima realiza una fase de apnea voluntaria, tratando de impedir el ingreso de líquido en el árbol respiratorio.

—*Tercera fase*: Debido a la acción reflexógena del líquido en las fosas nasales y la hipoxia e hipercapnia desencadenadas por la apnea, se realizan movimientos espiratorios e inspiratorios que permiten el libre pasaje del medio acuoso al interior de las vías aéreas. El sujeto pierde la conciencia.

—*Cuarta fase*: Aparecen movimientos respiratorios y deglutorios incoordinados y convulsiones generalizadas.

—*Quinta fase*: Se produce el paro respiratorio y la anoxia cerebral irreversible genera la muerte.

El lapso durante el cual se desarrollan estos eventos, si bien variable, puede acotarse entre los 3 y 10 minutos; dependiendo de la edad, condición física, temperatura del agua, intervalo post-ingesta, etc.

5) Patogenia: Los mecanismos involucrados en una sumersión "verdadera" pueden ser los siguientes:

a) *Mecanismos Respiratorio*: La anoxia cerebral se produce como consecuencia del bloqueo mecánico al intercambio respiratorio, producido por la inundación tráqueo-bronco-alveolar.

b) *Alteraciones Hidroelectrolíticas*: Los desequilibrios generados pueden jugar un papel importante en el desencadenamiento del deceso. La fisiopatología será distinta de acuerdo a la salinidad del medio de sumersión.

—*En agua dulce*: Dada la hipotonicidad del líquido, se produce una rápida difusión osmótica al compartimento intravascular, con la consiguiente hipervolemia, hemodilución y hemólisis. Subsecuentemente se genera hiponatremia dilucional e hiperkalemia; responsable ésta última del desencadenamiento de una fibrilación ventricular y muerte.

—*En agua salada*: Contrariamente en este caso, la corriente osmótica inversa, genera un marcado edema pulmonar y a nivel vascular hemoconcentración e hipernatremia. El aumento de la viscosidad sanguínea y la sobrecarga funcional resultante, generan anoxia miocárdica y falla cardíaca.

Los mecanismos hasta aquí descriptos responden a la acción mecánica del líquido dentro de la vía aérea o a los efectos producidos por su pasaje a la

circulación. Estos son los casos para los cuales debe reservarse el diagnóstico de **sumersión**. Deben excluirse en esta denominación las muertes provocadas por causas naturales (infarto agudo de miocardio, A.C.V., muertes súbitas) que sorprenden a la víctima en el agua como en cualquier otro medio, cuya génesis no responde a la acción directa del líquido. Del mismo modo los decesos acaecidos por lesiones traumáticas durante la caída, idóneos "per se" para provocar la muerte, no deben ser incluidos en este acápite; ya que en estos casos la muerte se produce "en el agua" y no "por el agua".

Consideraciones similares le caben a los mecanismos por espasmo o de tipo reflejo que consideraremos a continuación:

—*Espasmo Laríngeo*: El contacto del líquido con las mucosas nasales o faringolaringeas genera un espasmo glótico que impide la llegada de aire a los pulmones. Si bien constituye una asfixia, la víctima no se ahoga dentro del agua.

—*Mecanismos inhibitorios*: Generan una inhibición cardíaca parasimpática desencadenada a punto de partida de distintas zonas reflexógenas del organismo, que llevan a la muerte por paro cardíaco sin ingreso del líquido de sumersión a las estructuras pulmonares. Ellos son:

—Ingreso abrupto de agua en fosas nasales, faringe y/o laringe.

—Traumatismo contra el espejo líquido, a nivel de región abdominal, genital, etc.

—*Hidrocusión*: generada por diferencia entre la temperatura corporal y la de la masa líquida. La introducción de ciertos sectores corporales (cabeza y tórax) con vasodilatación cutánea previa por exposición al calor; en aguas no templadas, ocasiona en sujetos susceptibles una vasoconstricción periférica marcada, con la aparición de extrasístoles ventriculares y posterior fibrilación. Cabe por último mencionar las muertes ocasionadas como consecuencia de la caída en aguas a bajas temperaturas. En estas circunstancias el deceso puede producirse por hipotermia exclusivamente o por la asociación de ésta con sumersión.

6) Estudio del lugar del hecho: Comprende varios aspectos:

—Hay que contar con los datos climatológicos del período probable en que se produjo el deceso, como ser: temperatura media ambiental, temperatura media del agua, datos mareológicos y de desplazamiento de corrientes (hay que tener en cuenta que el cadáver puede recorrer largas distancias desde el punto de sumersión hasta donde es hallado), etc.

—Es trascendente inspeccionar las características del terreno, para poder establecer correlaciones con los hallazgos externos del cadáver, factibilidad de desplazamiento del mismo, producción de lesiones por arrastre, etc.

—Es necesario tomar muestras del agua a diferentes niveles y de ser posible del lugar de hallazgo y del probable lugar del deceso (si se sospecha desplazamiento del cadáver), como elemento comparativo con los estudios sobre la víctima.

—Debe tenerse en cuenta que durante su permanencia en el medio líquido, el cadáver puede variar su posición respecto de la masa acuosa, estos períodos se los conoce como **tiempos de flotación**:

—*Primer Tiempo*: Luego de sobrevenida la muerte, y en razón del mayor peso específico corporal, el cadáver se hunde adoptando habitualmente la posición ventral en aguas tranquilas.

—*Segundo Tiempo*: Si la temperatura del agua lo permite, la instalación de los fenómenos putrefactivos (período enfisematoso) con producción de gas, hace que el cuerpo vuelva a la superficie, flotando en decúbito ventral.

—*Tercer Tiempo*: La progresión de las transformaciones cadavéricas sumadas a la maceración y a la acción de predadores; permite la expulsión de los gases acumulados, volviendo el cuerpo nuevamente a sumergirse.

—*Cuarto Tiempo*: En determinadas condiciones (aguas estancadas o de poca corriente) se genera la formación de grasa cadavérica, modificándose así nuevamente el peso específico corporal, pudiendo el cadáver en estas condiciones volver a la superficie.

7) Estudio del cadáver:

a) Examen Externo:

—Debe investigarse primariamente la presencia de depósitos a nivel de las ropas y de la superficie cutánea de elementos que se hallen en suspensión en el medio líquido (arena, petróleo, barro, algas, etc.)

—Puede encontrarse **lesiones**, generalmente de naturaleza contusiva. Estas pueden haber sido provocadas por terceras personas, haberse generado accidentalmente durante la caída o dentro del medio (troncos, hélices, etc.) o como consecuencia de arrastre sobre el lecho (ubicadas en este caso en la región frontal y dorso de manos, rodillas y pies). También debe considerarse la posibilidad de lesiones agregadas por la acción de predadores del medio (peces, crustáceos, roedores, etc.)

—Las **livideces** son generalmente menos ostensibles que en otros tipos de asfixias, debido a la hemodilución, la baja temperatura del medio y la constante movilización del cuerpo en cursos caudalosos.

—Con frecuencia se observa a nivel de la piel un aspecto **anserino**, productos de la rigidez cadavérica de los músculos erectores de los pelos.

—Por efecto putrefactivo, la piel de las áreas sumergidas torna una coloración verdosa que paulatinamente se torna negruzca, especialmente a nivel del rostro: **"cara de negro"**.

—Un fenómeno característico que tiene lugar en los cuerpos que han permanecido cierto tiempo en un medio líquido es la **maceración epidérmica**. Esta se produce como consecuencia de la imbibición acuosa de las estructuras tegumentarias, estando en relación con la temperatura y salinidad del medio. Se manifiesta por un aspecto blanquecino de la piel, la que posteriormente se arruga y desprende en colgajos. Este fenómeno es más ostensible a nivel de las palmas y plantas, llevando al desprendimiento de las uñas de manos y pies. En permanencia prolongadas, el proceso afecta estructuras músculo-ligamentarias, desprende piezas dentarias y produce amputaciones de los miembros y desarticulaciones costales.

La evolución de estos cambios, tiene una secuencia cronológica más o menos predecible, por lo cual teniendo en cuenta el grado de maceración observada, el tipo de medio líquido, la época del año y la temperatura media del agua, se han confeccionado tablas que permiten determinar en forma aproximativa la **data de la sumersión**, que puede coincidir o no con la data del deceso.

—El **hongo de espuma externo**, está constituido por una espuma blanquecina rosada de finas burbujas que aflora a través de los orificios nasales y de la boca. Durante la tercera y cuarta fases de la sumersión, se produce dentro

de la vía aérea la mezcla del líquido de sumersión con las secreciones nasales y traqueo bronquiales y con el aire residual contenido en el árbol respiratorio. Este **hongo de espuma interno**, puede aflorar al exterior a través de los orificios señalados constituyendo un elemento de presunción en favor de un mecanismo sumersivo. No obstante su ausencia no invalida el diagnóstico y su presencia no es concluyente, ya que puede ser observado en muertes por otras causas (edema agudo de pulmón, electrocuciones, intoxicaciones, etc.).

b) Examen Interno:

—A nivel del **árbol traqueobronquial**, además del hongo de espuma descrito anteriormente, pueden encontrarse restos de elementos provenientes del medio de sumersión (arena, petróleo, algas, etc.)

—Los **pulmones** variarán su aspecto macroscópico de acuerdo al mecanismo de muerte involucrado:

—Si el deceso se produjo por un espasmo laríngeo o por inhibición, es decir que no involucre la entrada de agua a la vía aérea inferior, los pulmones solamente presentarán la signología general asfíctica.

—En cambio si se trata de una sumersión verdadera; los encontraremos aumentados de volumen, turgentes, con crepitaciones abolidas y la sensación táctil de estar comprimiendo una esponja embebida en agua. Al corte se aprecia una marcada congestión y un incesante fluir de líquido espumoso rosado de la superficie parenquimatosa. Las pleuras muestran sufusiones hemáticas petequiales y de mayor extensión y las cavidades pleurales pueden estar ocupadas por líquido, alojado allí por difusión.

—La **sangre** presenta una coloración rosada y mayor fluides, producto de la hemodilución.

—El **estómago y el duodeno** pueden contener líquido, que de ser abundante puede ser indicativo de sumersión.

—En el **oído medio y celdas mastoideas**, pueden investigarse la presencia de líquido y hemorragias. Son signos de relativa relevancia, pero que pueden complementar el diagnóstico.

—Las **vísceras esplácnicas** y el **encéfalo**, muestran signos de marcada congestión y edema, más ostensibles a nivel hepático.

c) Histopatología:

A nivel pulmonar puede observarse congestión vascular; rupturas capilares con focos de extravasación hemática, edema de los septos alveolares con áreas de sobredistensión y ruptura. En ocasiones puede encontrarse la presencia de cuerpos extraños intraalveolares y elementos planctónicos (ver mas adelante) cuya significación debe ser valorada cuidadosamente. También puede investigarse histológicamente la presencia de plancton en otros órganos (hígado, bazo, cerebro y riñón).

d) Radiología:

Puede realizarse radiografías de senos paranasales (opacidad de los mismos) o pulmonar (aereación periférica con opacificación central) de escaso valor diagnóstico.

e) Examen de Laboratorio:

—**Búsqueda de Plancton:** El plancton constituye el conjunto de micropartículas

animales, vegetales y minerales, que se encuentran en suspensión en aguas marinas o dulces. El método diagnóstico se basa en la penetración del plancton contenido en el líquido de sumersión, a través de los capilares pulmonares, a la gran circulación y los órganos de su dependencia. Dado que dicho transporte, sólo puede verificarse en presencia de circulación activa, su hallazgo constituye un signo inequívoco de sumersión vital. Puede explorarse en la sangre contenida en las cavidades cardíacas, en los órganos de la gran circulación o a nivel de la médula ósea. No obstante lo expuesto, para que la determinación tenga real valor diagnóstico de sumersión deben observarse estrictamente las siguientes precauciones:

—Desde el punto de vista metodológico, la búsqueda no debe estar orientada a partículas birrefringentes inorgánicas o provenientes de la caparazón de ciertas algas silíceas (**diatomeae**), mediante la luz polarizada; sino a la detección microscópica de dichos organismos, dada la presencia en los tejidos de partículas birrefringentes provenientes del propio organismo o de distinta naturaleza de las investigadas.

—Debe interpretarse cautelosamente el hallazgo de diatomeas a nivel pulmonar, dada la posibilidad de difusión pasiva post-mortem.

—Teniendo en cuenta la posibilidad de penetración de diatomeas en el organismo durante la vida (residentes en zonas marítimas, personas que realizan deportes acuáticos, etc.); los resultados obtenidos a nivel tisular deben valorarse en forma cuantitativa, confrontándolos con los hallazgos en las cavidades cardíacas y en relación con el contexto global de la autopsia.

—En cadáveres putrefactos, el sitio anatómico de elección para la investigación, es la médula ósea.

—A efectos confirmatorios y de ser posible, deben compararse los géneros encontrados en el organismo con los provenientes de las muestras del líquido de sumersión, tornadas en el lugar del hecho.

—Debe evitarse toda posibilidad de contaminación exógena, observando la limpieza de los materiales, la pureza de los reactivos y la escrupulosidad en la realización de la técnica.

—La negatividad de la investigación de plancton, no debe descartar la asfixia por sumersión (si el resto de los estudios son indicativos de ésta); ya que la presencia de diatomeas en las aguas está sujeta a múltiples variables geográficas y estacionales.

—*Otros estudios de laboratorio:* En determinados casos puede ser de utilidad, la búsqueda de contaminantes químicos presentes en el medio de sumersión, a nivel de la sangre y otros líquidos corporales. Otros autores preconizan la búsqueda hemática de diversos elementos químicos o sustancias, como indicadores de sumersión intravital. La determinación de cloruros y de otras variables físicas sanguíneas, no se realizan prácticamente en la actualidad.

ASFIXIA POR GASES INERTES

214 | Los gases inertes pueden ser responsables en determinadas circunstancias de muertes asfícticas. Cuando un gas inerte desplaza el aire habitual, disminuye la presión parcial de oxígeno en dicho fluido. Cuando la presión desciende por debajo de los 70 mm de Hg. sobreviene depresión respiratoria y muerte. Las

circunstancias adecuadas para que este fenómeno se produzca están dadas en los casos de escape de gas natural o envasado (butano-propano) en ambientes cerrados sin renovación de aire; hecho que habitualmente responde a accidentes o más raramente a modalidades suicidas. La patogenia del deceso es una anoxia anóxica, ya que los gases no son tóxicos en sí mismos, sino que su acción es física disminuyendo la presión del oxígeno atmosférico. La autopsia solamente demostrará los signos generales de todas las asfixias.

CONFINAMIENTO

1) Definición: Es la muerte violenta producida por el agotamiento del oxígeno atmosférico en un ambiente cerrado de reducidas dimensiones.

2) Etiología médico-legal: Prácticamente todos los casos son accidentales. Se producen en casos de atrapamientos por derrumbes o explosiones; o en casos laborales cuando se ingresa sin la debida protección a ambientes con atmósfera enrarecida (minas, cámaras subterráneas en donde se desarrollan organismos consumidores de oxígeno, etc.)

3) Patogenia: Como en el caso de los gases inertes, la muerte sobreviene por una anoxia anóxica producida por la disminución de la concentración de oxígeno en el aire. Por debajo del 18% el riesgo de muerte es elevado.

4) Estudio del cadáver: Unicamente se revelarán los signos inespecíficos de la anoxia. El examen del lugar del hecho será de relevancia. Debe descartarse además mediante estudios toxicológicos, la participación de gases deletéreos.

LIBRO XI

LESIONOLOGÍA MÉDICO-LEGAL

**Capítulo 1 — ASPECTO MÉDICOLEGAL DE LAS
LESIONES. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD**

Francisco J. Famá

**Capítulo 2 — LAS LESIONES
SEGÚN LA MORFOLOGÍA**

José A. Patitó

**Capítulo 3 — LAS LESIONES SEGÚN EL AGENTE
PRODUCTOR Y EL MECANISMO LESIONAL**

Oscar A. Lossetti

Osvaldo Curci

Francisco Famá

José A. Patitó

1. INTRODUCCIÓN

La Lesionología es la parte de la Medicina Legal que estudia las lesiones. Es un tema de importancia no sólo en lo que concierne a la faz médico-legal sino también en la parte asistencial. En los servicios de emergencia es donde se asiste al lesionado de cualquier tipo en primera instancia, por lo que el médico que desempeña esa tarea debe tener un conocimiento claro del tema ya que deberá describir con sumo cuidado en la historia clínica el carácter de la patología que trata. Esa historia clínica o constancia en el "Libro de Guardia" o ficha médica es el elemento al que, en los casos que requieren la intervención policial, recurre la justicia para valorar el daño sufrido por la víctima por lo que el médico que ha prestado la asistencia del caso, puede ser citado por la autoridad judicial para dar aclaraciones o precisiones sobre el tema.

2. DEFINICIÓN DE LESIÓN

Desde el punto de vista médico una lesión es "el producto de un traumatismo o la secuela orgánica o fisiopatológica que un organismo experimenta como consecuencia de una noxa externa".

Desde el punto de vista jurídico, se conceptúa como lesión a: *"todo daño en el cuerpo o en la salud"*.

La noción de daño lleva implícita la idea de perjuicio. Se engloba dentro de este concepto a la resultante de la acción de un factor externo que afecte la estructura anatómica o sea que determine cambios en la morfología tanto interna como externa del organismo humano o que le provoque un detrimento en la salud en el aspecto psíquico, somático o funcional concerniente a alguno de los sentidos, órganos, aparatos, sistemas, miembros y/o aptitudes en general.

3. CLASIFICACIÓN

El estudio de las lesiones puede ser encarado desde diversos puntos de vista por lo que con fines didácticos se hace necesario una clasificación que, como en otros aspectos de esta especialidad sus componentes no tienen carácter excluyente sino complementario, por lo que se estudiará en primer lugar el aspecto médico-legal para continuar con el aspecto morfológico o somático; los agentes productores y el mecanismo de producción; la evolución y la diferencia entre las lesiones vitales y postmortem.

Capítulo 1 — ASPECTO MÉDICOLEGAL DE LAS LESIONES. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD

Francisco J. Famá

Se estudiarán las pautas para poder determinar la magnitud del daño producido o sea la gravedad de las lesiones desde el punto de vista jurídico de acuerdo a las características médicas.

De acuerdo a la *intención* puestas en su producción por parte del autor pueden clasificarse en

- **Dolosas:** Cuando quien las produce tiene la intención de dañar, y,
- **Culposas:** Cuando quien las provoca, si bien no tuvo la intención de dañar, con más cuidado, pudo haberlas evitado. En estos casos se excluye la intencionalidad mediando necesariamente para que se produzcan, *"impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes y reglamentos de un cargo"*.

El objeto de la delimitación jurídica entre dolosas y culposas es por la distinta pena con las que son sancionadas.

Merecen un comentario aparte las lesiones *autoinferidas* y las *accidentales*. En las primeras si bien existe la intención en su producción, el daño se lo produce el individuo sobre sí mismo con el propósito de poner fin a su vida o de provocar un efecto sobre terceros.

Las lesiones *accidentales* son asimilables al hecho fortuito o sea a aquel hecho que no pudo ser previsto o que previsto no pudo evitarse.

A) LAS LESIONES EN EL CÓDIGO CIVIL

En este aspecto se busca la reparación del daño fijando una indemnización intentando de esa forma compensar a la víctima por el menoscabo sufrido en su integridad psicofísica.

El Código Civil considera "delito" el acto lícito ejecutado a sabiendas y con intención de dañar.

El art. 1083 del C. C. establece que la forma de reparar un daño es la "reposición de las cosas a su estado anterior" como en materia de lesiones esto es imposible, se fija una indemnización dineraria.

En el ámbito civil el acto reprochable, pero exento de intención, debe conllevar los mismos requisitos que exige el Código Penal o sea la impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes y reglamentos de un cargo, recibiendo la denominación de "**Quasi delito**".

B) LAS LESIONES EN EL CÓDIGO PENAL

Las considera en el Libro Segundo, Título I "Delitos contra las personas", Capítulo II "Lesiones".

Están consideradas en los artículos 89 a 94. Los tres primeros definen los

diversos tipos de lesión y fijan la pena básica, los dos siguientes establecen, el 92 circunstancias agravantes (ascendiente, descendiente, en banda, etc.), el 93 circunstancias atenuantes (emoción violenta con circunstancias excusables) y el 94 las lesiones culposas.

La costumbre tiende a denominar las lesiones como “leves, graves y gravísimas”, pero nuestro Código no las enumera textualmente así, y para definir las utiliza un criterio mixto **cronológico laboral**, ya que hace referencia al tiempo de inutilidad para el trabajo, y **dinámico funcional**, puesto que establece una escala ascendente en el menoscabo de la salud.

Para comprender acabadamente los conceptos que se manejan en los distintos artículos, debemos definir previamente los mismos.

a) Definiciones:

Daño: (del latín *danmum*) es el perjuicio material o moral sufrido por una persona. Este concepto amplio engloba lo material, lo físico, y lo moral.

Cuerpo: (del latín *corpus*) parte material de un determinado ser vivo.

Salud: (del latín *salus*) de acuerdo a la definición de la OMS es: el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Se considera un derecho fundamental de todo ser humano, pero a poco de considerar la definición es fácil establecer que la misma configura una expresión de deseos, que difícilmente se alcance en plenitud. En Medicina Legal hay que tener un parámetro que permita establecer un estado de salud práctica, y es aquel en el que el individuo se encuentra subjetiva y objetivamente carente de dolor y enfermedad y dentro de las condiciones psicofísicas exigibles para mantener su capacidad laborativa y utilidad social.

Sentido: (del latín *sentire* —percibir—) facultad por la que se perciben los estímulos externos. Son cinco (vista, oído, tacto, olfato y gusto) aceptándose como sentidos el equilibrio y la orientación general.

En el orden jurídico se considera el sentido en el aspecto funcional, y no anatómico, puesto que varios órganos pueden servir para el cumplimiento de una función, así tendremos el sentido de la visión, compuesto por los dos ojos, las vías y los centros nerviosos.

Órgano: (del griego *organon*) se denomina así a la parte (tejidos) o conjunto de partes que integran una determinada función. Al igual que en los sentidos deben considerarse en el aspecto fisiológico y no anatómico.

Miembro: (del latín *membrum*) extremidad del cuerpo humano articulada con el tronco mediante una cintura (escapular o pelviana). Tanto la mano como el pie se desempeñan como órganos desde el punto de vista funcional, por lo que la pérdida de los mismos equivale a la pérdida del miembro, si se pierde una mano, o un pie, es debilitamiento, si se pierden ambas manos, o ambos pies, pérdida de función.

La pérdida del uso, es similar a la pérdida anatómica.

Debilitamiento: siempre se debe considerar en el sentido funcional. El servicio que presta el sentido, órgano o miembro, no alcanza la normalidad.

Debilitamiento permanente de la salud: Suele ser el residuo morbosos de un proceso en sí extinguido entraña una disminución de la resistencia, de la

capacidad funcional del organismo, predisponiéndolo permanentemente a la enfermedad o fatiga.

Las secuelas de determinadas fracturas, de traumatismos de cráneo, de algunas intervenciones quirúrgicas, son ejemplos de debilitamiento permanente de la salud. Este debilitamiento debe ser permanente, considerándose suficiente para que esto se configure que sea de larga duración, ya que estimar que será de por vida es un juicio de valor que en ocasiones es de difícil determinación.

Palabra: (del latín *parabola*) de acuerdo a la definición enciclopédica es el sonido o conjunto de sonidos que expresan una idea.

En el aspecto médico-jurídico, la *palabra* adquiere una amplitud mayor que la simple articulación ya que incluye también la comprensión integrando el amplio campo de las *afasias* así como la lectoescritura.

La dificultad permanente de la palabra contemplada en el artículo 90 (C.P.) es un concepto medicolegal vinculado a la emisión de la voz y a la comprensión del lenguaje. La debilidad o la pérdida de la palabra puede deberse a lesiones de los centros nerviosos, de las vías nerviosas, de la laringe, la lengua, la boca, los dientes o el paladar.

Peligro de vida: es sinónimo de peligro de muerte. Es el riesgo de que suceda un mal, y al referirse a peligro de vida, se refiere al peligro de perderla.

Es una cuestión de difícil dilucidación, y su valoración debe ser hecha por el médico, tanto por el examen directo de la víctima, como, y fundamentalmente, por las constancias de la historia clínica con relación al hecho, complicaciones y tratamientos recibidos implica un diagnóstico no un pronóstico.

El daño producido en órganos vitales: corazón, pulmones, cerebro, grandes vasos, entraña peligro de vida, pero se debe evaluar particularmente cada caso, ya que el peligro debe ser real y concreto, como en una hemorragia cerebral con hipertensión endocraneana, y no una posibilidad abstracta.

Deformación permanente del rostro: (del latín *rostrum pico* - cara) es la región anatómica comprendida entre la línea de implantación pilosa y el cuello, incluyendo los pabellones auriculares.

La medida de gravedad de las lesiones del rostro la brinda la importancia que adquiere el mismo por su carácter social, laboral y familiar.

Hay lesiones que provocan alteración estética, sin ocasionar deformidad en el rostro, ya que son muy leves. Sin embargo, no es necesario que la lesión sea en sí deforme o provoque repulsión, sólo es necesario que provoque una alteración en la armonía y que llame la atención.

Debe asentar en el rostro, ser permanente y alterar la armonía para configurar la deformación consignada en el art. 90.

Es indiferente a los efectos de la calificación que sea susceptible de reparación mediante cirugía plástica.

Un caso de difícil diagnóstico es la fractura nasal, por lo que se deberá evaluar cada caso.

Enfermedad corporal cierta o probablemente incurable: es un estado patológico que se encuentra relacionado a un síndrome clínico. Se pierde la salud, ya sea en lo somático o en lo psíquico. La pérdida debe ser irreversible o de incierta curación. Los ejemplos son la alienación mental, las parálisis consecutivas a lesiones del sistema nervioso, los infartos de miocardio y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (S.I.D.A.).

Inutilidad para el trabajo: Constituye trabajo toda actividad lícita que se preste a cambio de una remuneración. El código hace referencia a inutilidad y o a incapacidad, ya que en ese modo no hace presumir capacidad previa, porque de lo contrario no sería posible accionar legalmente si el ofendido fuera un niño, un inválido o un senil.

Aquí se aplica el criterio cronológico-laboral, y las lesiones son leves si la inutilidad es menor de un mes, graves si es mayor de un mes y gravísimas si es permanente.

No se requiere que la inutilidad sea absoluta, sino que ocasione falta de aptitud con un fin económico.

Es indiferente la profesión habitual del ofendido a los fines de la norma.

Pérdida de la capacidad de engendrar o concebir: comprende la impotencia sexual y la esterilidad masculina y la acopulia y la esterilidad femenina. Puede deberse a lesiones de los órganos genitales (impotentia coeundi) o a lesiones de las vías o testículo (impotentia generandi), y en la mujer las lesiones del ovario o casos de histerectomía se ocasiona la impotentia concipiendi.

b) Clasificación de las lesiones dolosas

"Art. 89: Se impondrá prisión de un mes a un año al que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de este Código".

Son las lesiones denominadas leves, y las define por exclusión. De conformidad a lo establecido en el art. 72 del C.P. son delitos de instancia privada, lo que significa que es el damnificado quien puede instar la acción penal.

"Art. 90: Se impondrá reclusión de uno a seis años, si la lesión "produjere una debilitación permanente de la salud, de un sentido, órgano o miembro, o una dificultad permanente de la palabra, o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes, o le hubiere causado una deformación permanente del rostro".

Son las lesiones denominadas graves. Es de hacer constar que en lo cronológico laboral se aplica el término inutilidad, y no incapacidad, porque aquél no hace presumir capacidad previa, lo que permite incluir a los niños y a los ancianos en sus actividades habituales.

"Art. 91: Se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años si la lesión produjere una enfermedad mental cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o un miembro, de la palabra o de la incapacidad para engendrar o concebir".

Estas son las lesiones denominadas gravísimas.

c) Lesiones culposas

Están contempladas en el art. 94, y son las producidas por la violación a un deber de cuidado. "Se impondrá prisión de un mes a dos años, o multa de 1.000 a 15.000 e inhabilitación especial por 1 a 4 años, al que por impericia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud.

El 29 de septiembre de 1999 por ley N° 25.189 el Congreso Nacional sustituyó el artículo 94 por el siguiente texto:

“Se impondrá prisión de un mes a tres años o multa de mil a quince mil pesos e inhabilitación especial por uno a cuatro años, el que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud.

Si las lesiones fueran de las descritas en los artículos 90 a 91 y concurriera alguna de las circunstancias previas en el segundo párrafo del artículo 84, el mínimo de la pena prevista en el primer párrafo, será de seis meses o multa de tres mil pesos o inhabilitación especial por dieciocho meses”.

Es una forma genérica de responsabilidad profesional, y por lo tanto aplicable no sólo a los médicos sino a cualquier profesión, o acción circunstancial para la que se está habilitado como manejar un vehículo.

Culpa: no puede ser confundida con culpabilidad, que es el juicio de reproche que por medio de un tribunal se efectúa al responsable de un delito.

El delito culposo en cambio, es aquel en el que no medió intencionalidad del agente para la comisión del ilícito.

Para que la conducta culposa sea imputable penalmente:

1. Debe producir un resultado delictivo no querido por el autor.
2. Entre la conducta culposa y el resultado delictivo tiene que hacer causalidad material.
3. debe existir la previsión legal que castigue el delito a título de culpa.

Las formas de culpa reconocidas por la ley penal son la impericia, la imprudencia, la negligencia y la inobservancia de los reglamentos, o deberes del cargo.

Impericia: (del latín *imperitia*) es la falta de habilidad, conocimientos, o práctica en una ciencia, oficio, arte o profesión. Se refiere a los conocimientos esenciales que toda actividad requiere.

Negligencia: Es el descuido, la omisión, la falta de aplicación en la ejecución de un acto o tarea. La falta de precaución no permite siquiera prever como posible el resultado que se causa.

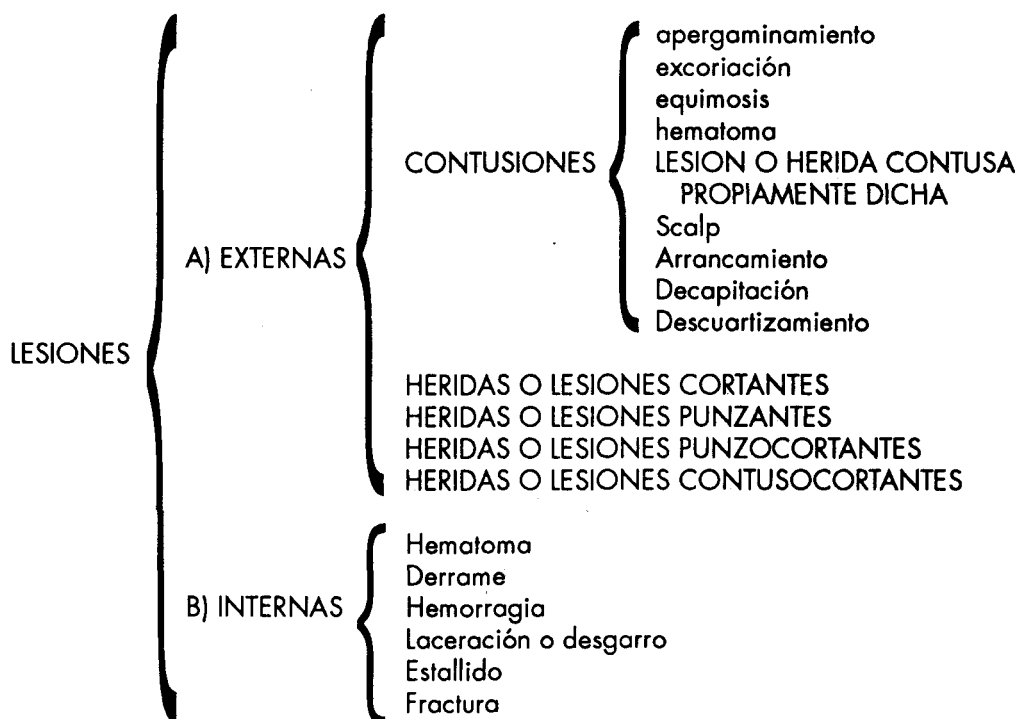
Imprudencia: Es la temeridad, ligereza y falta de moderación.

Inobservancia de los reglamentos o deberes del cargo: surge cuando no se da cumplimiento a una exigencia verbal o escrita dispuesta, y originada en un superior responsable.

Capítulo 2 — LAS LESIONES SEGÚN LA MORFOLOGÍA

José A. Patitó

De acuerdo al aspecto con que se presentan al observador las lesiones pueden clasificarse en la forma que se detalla en el cuadro siguiente:



A) LESIONES EXTERNAS

Contusiones

Se conoce con esta denominación a la lesión resultante del *golpe o choque con o contra cuerpos o superficies duras*.

Golpe: significa la violencia ejercida sobre el cuerpo con un elemento de consistencia firme o duro. De ahí la preposición *con*.

Choque: significa que es el cuerpo de la víctima el que impacta sobre un elemento o superficie dura. De ahí la preposición *contra*.

De acuerdo a la magnitud de la violencia tendremos el efecto o resultante en el cuerpo. Recordemos que en física biológica hay una fórmula que dice: $\text{fuerza} = \text{masa} \times \text{aceleración}$.

Una aplicación de esta fórmula resulta de considerar el efecto de un proyectil de un arma de fuego comparada con el daño causado por un vehículo: el proyectil tiene una masa *pequeña* pero al estar animado de una gran aceleración produce efectos lesivos, muchas veces mortales, en cambio un vehículo tiene una masa *considerable* lo que significa que a pesar de desarrollar poca aceleración puede ocasionar efectos lesivos importantes.

Es necesario aclarar que el uso y la práctica han consagrado el uso del término *contusión* para las lesiones externas aunque también las lesiones internas son la resultante del mismo mecanismo.

• **Apergaminamiento:** Es una forma superficial de lesión. Lacassagne la denominó "plaça apergaminada". El mecanismo de producción es la comprensión sobre la piel lo que origina oclusión de capilares, y destrucción de la capa

Foto N° 1: Apergaminamiento



córnea debida a su compresión y a la desecación por la obstrucción vascular. La lesión tiene color amarillento, de aspecto seco, parecida al pergamino, de allí su nombre. El valor médico legal de esta lesión es que se produce simultáneamente con la muerte, es decir, en el tiempo en que esta se produce o sea durante su proceso (ver Tanatología: "la muerte es un proceso, no un momento"). Frecuentemente se la observa en los accidentes de tránsito en los que el cuerpo suele ser arrastrado apareciendo en los lugares en que hubo compresión y arrastre (Foto N° 1) y en el fondo del surco del ahorcado y estrangulado (ver Asfixias: "surco de compresión").

El individuo que experimenta una lesión de este tipo en el que predomine el mecanismo compresivo y que sobrevive, la lesión tiene color ro-

sado con fondo amarillento ya que la zona continúa siendo irrigada produciéndose una placa apergaminada conjuntamente con una costra serohemática, lo que explica la variación en el color por lo que en este caso la lesión recibe el nombre de excoriación apergaminada.

- **Excoriación:** Es la resultante de un traumatismo directo sobre la piel lo que determina la destrucción de los estratos superficiales de la epidermis sin afectar a la capa basal. Como consecuencia de ello se produce una costra serohemática que engloba a los detritus celulares provenientes de la destrucción traumática. Luego de un tiempo variable de entre una a dos semanas se produce el desprendimiento de la costra con restitución ad-integrum de la piel. (Foto N° 2)

Una variedad particular de excoriaciones son las producidas por el borde libre de las uñas en la estrangulación manual (ver en Asfixias, "Estrangulación manual"). En estos casos el victimario al ejercer la compresión del cuello con sus manos provoca en esas zonas excoriaciones que reproducen la forma de las uñas por lo que reciben el nombre de "estigmas ungueales".

- **Equimosis:** Puede definirse la equimosis como la resultante de una violencia que, sin producir solución de continuidad en la piel, destruye los vasos de la dermis produciendo infiltración hemática localizada, dando lugar a la formación de una placa cuyo color y forma guardan relación con el tiempo y con el

elemento productor respectivamente. Al igual que la excoriación luego de un lapso de tiempo se produce la reabsorción del infiltrado hemorrágico con restitución ad-integrum de la zona lesionada.

Esta lesión es de carácter vital ya que para que se produzca es necesaria la existencia de circulación sanguínea siendo de extraordinario valor médico-legal, aparte del mencionado, la morfología y la antigüedad. (Foto N° 3.) Con respecto al primero, la equimosis reproduce la forma del elemento que la originó, pudiendo de esta forma inferir o establecer la compatibilidad entre la lesión y el agente productor. Con respecto a la antigüedad puede establecerse la misma a través de los cambios de coloración que experimenta el pigmento hemático ya que la hemoglobina se transforma en hemosiderina, hematoïdina y hematina sucesivamente. De este modo, el color de la equimosis varía de la siguiente forma:

- a) desde su producción y hasta el tercer día: color negruzco;
- b) del cuarto al sexto día: color azulado;
- c) del séptimo al día catorce aproximadamente: color verdoso;
- d) desde el comienzo de la segunda y hasta el comienzo de la tercera semana, aproximadamente: color amarillento;
- e) desaparición desde mediados de la tercera semana.

• **Hematoma:** Se denomina así a la acumulación de sangre en una cavidad neoformada. El tamaño varía de acuerdo a la violencia ejercida en su producción. Si es pequeño puede producirse su reabsorción mientras que si es de mayor tamaño puede quedar como secuela una cicatriz

Foto N° 2: Excoriaciones



Foto N° 3: Equimosis en el dorso, que reproducen el dibujo de la cubierta de un vehículo.

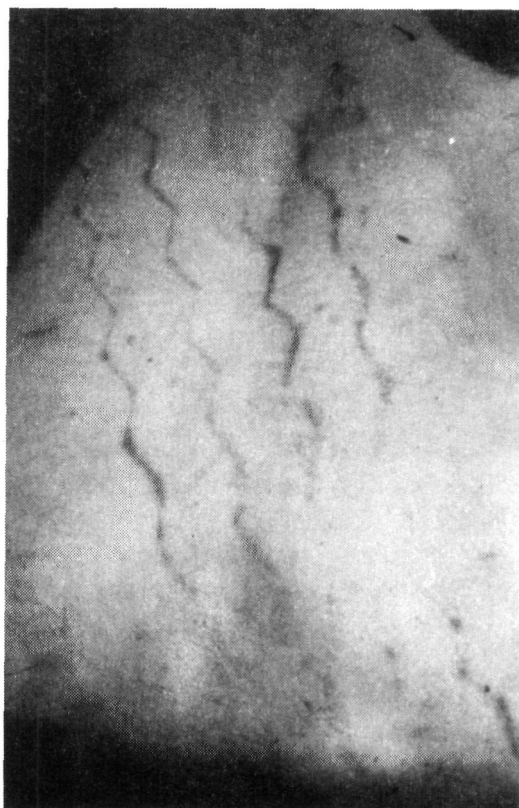
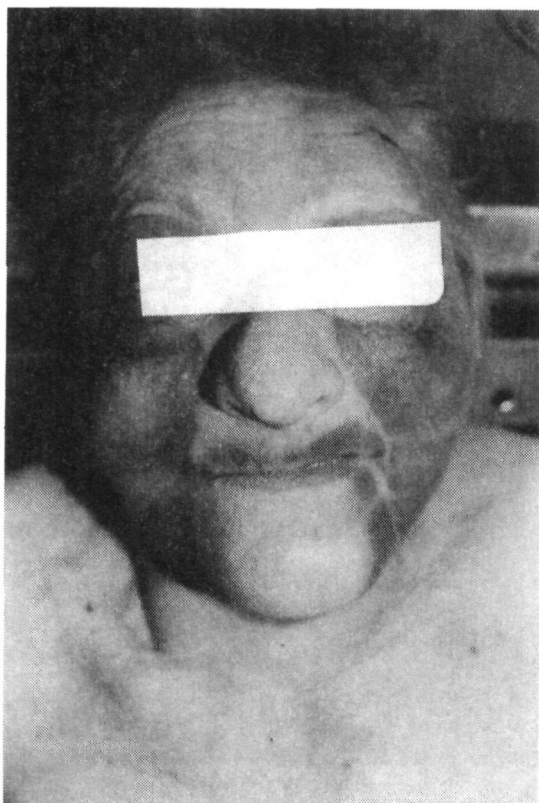


Foto N° 4: Hematomas en rostro



fibrosa que a su vez puede calcificarse. (Foto N° 4)

Un comentario aparte merecen las acumulaciones superficiales de linfa que se producen como consecuencia de una violencia tangencial sobre la piel siendo la zona de más frecuente aparición la región externa de los muslos y las regiones lumbares. Estas acumulaciones de linfa, a diferencia de los derrames sanguíneos, no fluctúan a la compresión manual y reciben el nombre de derrames de Morel-Lavallee.

• **Herida o lesión contusa propiamente dicha:** La lesión o herida contusa propiamente dicha es la solución de continuidad en la piel y tejidos subyacentes que se produce cuando la violencia ejercida vence la resistencia elástica de los tejidos. La violencia puede ejercerse de fuera hacia

adentro —por golpe o choque— o de adentro hacia afuera cuando se produce una fractura.

Los caracteres esenciales de este tipo de lesión son el aspecto, retracción e infiltración hemática de los bordes que conforman la lesión (Foto N° 5):

Foto N° 5: Lesión o herida contusa propiamente dicha



— Aspecto de los bordes: son irregulares con puentes de tejido entre los mismos. Esta es la diferencia esencial con las heridas incisas o cortantes que se estudian en el capítulo referido a *armas blancas*.

— Retracción de los bordes: los bordes tienden a separarse. Esto es debido a la presencia de fibras elásticas constituyendo un elemento característico de las lesiones vitales.

— Infiltración hemática: otra característica, también vital es la presencia de sangre y coágulos en el fondo y bordes de la herida con aspecto equimótico de estos últimos.

- **Scalp:** Se denomina así al desprendimiento violento con arrancamiento y separación de los tejidos blandos que ocurre a nivel del cuero cabelludo quedando al descubierto la estructura ósea. Por extensión se aplica el mismo término cuando la lesión se observa a nivel de cara o tórax.

- **Arrancamiento:** Significa separar con violencia. Se ven en los accidentes laborales en que las máquinas toman con violencia diversas partes del cuerpo produciendo su separación siendo frecuentes de observar a nivel de los cuatro miembros. Las superficies de sección son irregulares, con retracción de los bordes y con intensa infiltración hemorrágica.

- **Decapitación:** Constituye la separación de la cabeza del resto del cuerpo. En nuestra práctica médico-legal la hemos observado en forma frecuente en los accidentes automovilísticos y en casos de suicidas que se arrojan al paso de un ferrocarril. La sección de la extremidad cefálica puede ser completa o incompleta permaneciendo en este caso la cabeza unida al tronco por colgajos de piel y músculos.

Tanto en uno como en otro caso el aspecto de las zonas de sección responde a las características de las heridas contusas, es decir: irregularidad en la superficie de sección con infiltración hemática y retracción de las partes blandas tales como piel, músculo y estructuras vasculares.

- **Descuartizamiento:** Según Lacassagne es la "acción de cortar en segmentos el cuerpo o el cadáver humano".

En nuestro medio las variedades que observamos son la accidental y la criminal. La primera se ve —como en la decapitación—, en casos de suicidas que se arrojan al paso de un tren. En estos casos los fragmentos son irregulares y tienen los caracteres de los descriptos en la decapitación con impregnación de materia grasa negruzca.

El descuartizamiento criminal es aquel que lleva a cabo el homicida con el objeto de ocultar el delito. En este caso las lesiones suelen ser de tipo contuso-cortantes o cortantes que estudiaremos en el capítulo referido a *armas blancas*. En esta circunstancia la acción de descuartizamiento sigue a la muerte debida a otras causas por lo que constituye el segundo tiempo del hecho delictivo. Aquí las superficies de sección suelen ser más regulares y tienen las características de las lesiones post-mortem.

Las lesiones cortantes, punzantes, contuso cortantes y punzocortantes así como las quemaduras, dados sus caracteres específicos y trascendencia médico-legal se estudian en los capítulos respectivos.

B) LESIONES INTERNAS

El mecanismo de producción es similar al descrito para las lesiones externas o sea que son el resultado del golpe o choque con o contra cuerpos o superficies duras por lo que algunos autores las denominan *contusiones* o *heridas profundas*. Describiremos los caracteres de cada una de ellas:

- **Hematomas y hemorragias:** Las acumulaciones hemáticas en cavidades neoformadas o sea los hematomas, de origen traumático, se observan frecuentemente a nivel del cerebro, cerebelo, pulmones, hígado y bazo. Son hematomas intraparenquimatosos y se producen por destrucción traumática siendo su contenido de naturaleza necrótico-hemorrágica.

Una característica particular tienen los hematomas de las envolturas meníngeas o sea los llamados hematomas *extradural* y *subdural* así como las *hemorragias subaracnoideas*, entidades que por la trascendencia médico-legal en cuanto al diagnóstico diferencial entre lesiones espontáneas o provocadas merecen un estudio particular y detallado reservado a los tratados de Patología Forense.

- **Derrames:** Llamamos así a la acumulación de líquidos en cavidades preformadas. En Medicina Legal resultan de particular importancia los derrames sanguíneos de las cavidades pleural, pericárdica y peritoneal que suelen acompañar y complicar a las contusiones y a las lesiones por armas blancas o por proyectiles de arma de fuego.

- **Laceraciones. Desgarros. Estallidos:** En todos los casos se produce la destrucción estructural por un factor traumático. Reservamos el término de **laceración** a la destrucción intraparenquimatosa de órganos como cerebro, hígado, bazo, pulmones y riñones provocada por un elemento que aplicado con violencia supera su resistencia elástica. Esto se ve en casos de lesiones por armas blancas y por proyectiles de arma de fuego y en menor grado por fragmentos óseos provenientes de fracturas. La lesión se halla constituida por tejido necrótico-hemorrágico.

Aplicamos el término de **desgarro** a las soluciones de continuidad de origen traumático que se ven en vísceras, músculos, aponeurosis, meninges, vasos, tendones y nervios cuando el factor lesivo vence la resistencia de esos tejidos. Es muy frecuente de observar en los traumatismos de tórax y abdomen por desaceleraciones bruscas tal como ocurre en los accidentes de tránsito. Estas lesiones presentan los caracteres típicos de las lesiones vitales es decir retracción e irregularidad de los bordes con infiltración hemática.

Se denomina **estallido** a la destrucción traumática de las vísceras huecas. Esto se ve cuando la fuerza aplicada sobre el cuerpo es de gran magnitud como en algunos accidentes de tránsito, ferroviarios y en la caída desde cierta altura como en la denestración, precipitación y aplastamiento.

- **Fracturas:** Se denomina así a toda solución de continuidad del hueso de origen traumático. Algunos autores incluyen en la definición a las fisuras que

son los trazos completos o incompletos que no llegan a alterar la morfología del hueso.

El mecanismo de producción es el que corresponde a toda herida contusa, es decir, se produce la pérdida de la continuidad del tejido porque el golpe o el choque supera la elasticidad ósea.

Como en toda lesión contusa la superficie la sección de la fractura es irregular con infiltración hemática.

Capítulo 3 — LAS LESIONES SEGÚN EL AGENTE PRODUCTOR Y EL MECANISMO LESIONAL

En este apartado veremos los caracteres morfológicos que nos permiten identificar, a partir de la lesión el probable agente productor. A modo de ejemplo veamos en el siguiente cuadro la relación que existe entre elemento productor (*etiología*) y *morfología lesional*.

<i>Etiología (agente productor)</i>		<i>Morfología</i>
Los cuerpos y/o superficies duras	→ PRODUCEN →	{ heridas contusas, apergaminamiento, excoriaciones, equimosis.
LAS ARMAS BLANCAS	→ producen →	{ HERIDAS INCISAS O CORTANTES, PUNZANTES, PUNZOCORTANTES Y CONTUSOCORTANTES.
Los proyectiles de armas de fuego	→ PRODUCEN →	LESIONES CONTUSAS
LOS AGENTES FISICOS Y QUIMICOS	→ producen →	QUEMADURAS

Bajo este criterio estudiaremos los siguientes tipos de lesiones:

- Lesiones por ARMAS BLANCAS
- Lesiones por PROYECTILES DE ARMAS DE FUEGO
- QUEMADURAS
- Lesiones por caída, defenestración y precipitación
- Lesiones por accidentes de tránsito
- Lesiones por mordeduras humanas y de animales
- Lesiones por explosión
- Lesiones por aplastamiento
- Lesiones por variaciones de la presión atmosférica

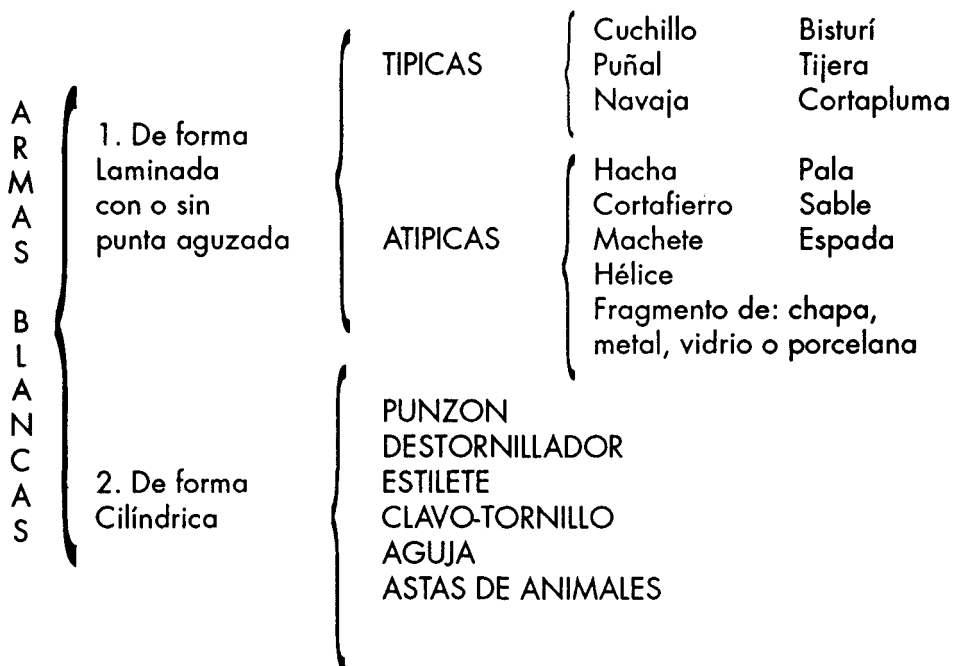
PARTE A) LESIONES POR ARMAS BLANCAS

Autor: **Oscar A. Lossetti**

1. CONCEPTO DE ARMA BLANCA. TIPOS

Se llama arma a todo elemento capaz de potenciar la fuerza humana, siendo *arma blanca* todo aquel elemento de diversa estructura que se caracteriza por presentar un extremo dotado de forma aguzada y/o de uno o más bordes afilados.

De acuerdo a sus características podemos clasificar a las armas blancas en la siguiente forma:



2. CLASES DE LESIONES POR ARMAS BLANCAS

Los diferentes tipos de armas blancas producen a su vez distintos tipos de lesiones a saber:

- a) Lesiones o heridas cortantes o incisas
- b) Lesiones o heridas punzantes
- c) lesiones o heridas punzocortantes
- d) lesiones o heridas contuso-cortantes

a) Lesiones cortantes o incisas:

Son aquellas en las que predomina la longitud por sobre la profundidad. Son producidas por las armas blancas con uno o dos bordes afilados con o sin punta aguzada o sea por las armas blancas "cortantes", típicas o atípicas".

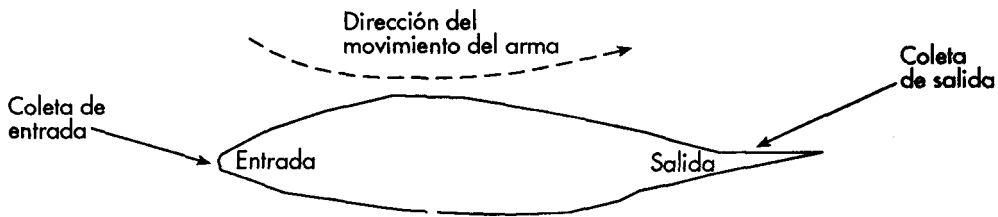
La lesión es producida por uno de los bordes afilados siendo el *mecanismo de producción la presión y el deslizamiento*.

Las características típicas de estas lesiones están dadas por la particularidad

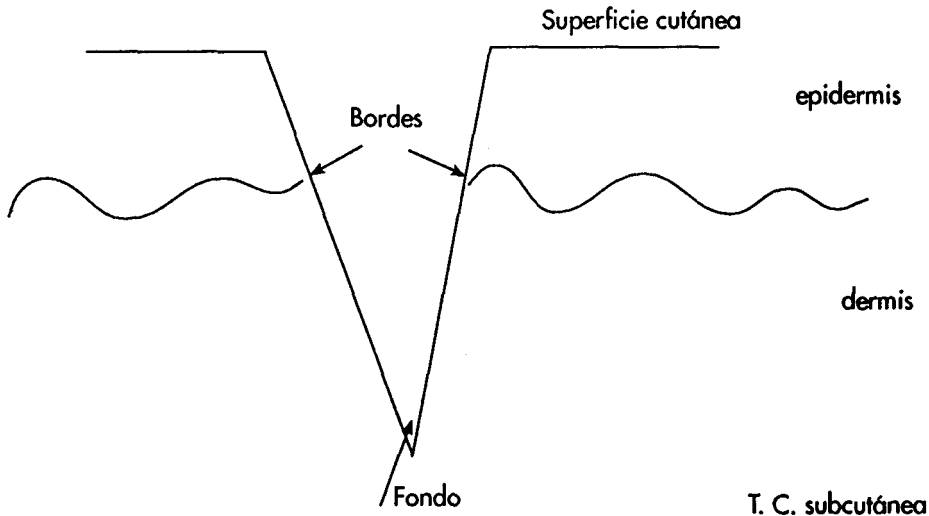
de los *bordes* y los *extremos*. El primer elemento, o sea los *bordes* se caracterizan por su regularidad, inexistencia de puentes de tejido entre los mismos y la tendencia a la separación de los mismos por la acción de las fibras elásticas de la dermis. Este aspecto de los *bordes* es el que diferencia a estas lesiones, de las *heridas contusas* propiamente dichas, que como vimos son extremadamente irregulares con puentes de tejido entre ellos.

Los *extremos* tienen forma angulada, llamados *colas* o *coletas* de *entrada* y de *salida*, tal como se ve en el esquema.

La "*coleta de entrada*" es corta y relativamente profunda mientras que la "*coleta de salida*" es de mayor longitud y más superficial que la primera, ya que la fuerza que las determinó es mayor en el momento del ingreso del arma y menor en el momento de la salida tal como se esquematiza:



Si hacemos un corte transversal, la lesión muestra una forma *triangular* estando la base sobre la superficie de la piel y constituido por una línea imaginaria que une los *bordes* tal como se ve en este esquema:

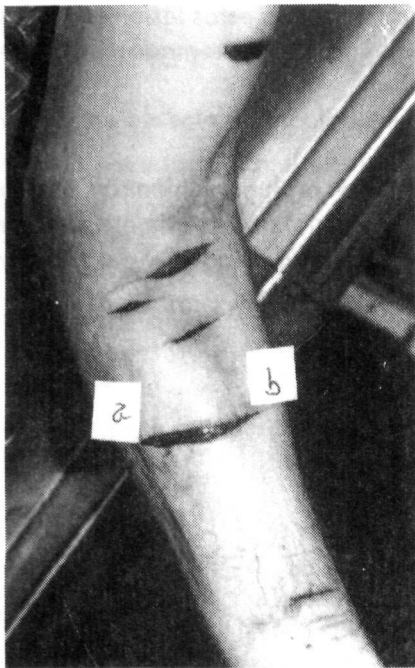


Se reserva el nombre de lesión o herida *incisa* las que son de carácter médico o sea a las heridas quirúrgicas mientras que reciben el nombre de *heridas cortantes* las resultantes de cualquier otra etiología.

Otra de las características que debemos mencionar es la presencia de sangre y coágulos en el fondo de la lesión y en los bordes que junto con la retracción de los bordes constituye el carácter *vital* de estas lesiones. (Foto N° 6)

Foto Nº 6: Heridas cortantes

a: coleta de entrada
b: coleta de salida

**b) Lesiones punzantes:**

Son las lesiones en las que predomina la profundidad por sobre la extensión. Son producidas por las armas blancas de forma cilíndrica, es decir, que poseen una punta aguzada siendo el *mecanismo de producción* predominante la *presión y el desgarró*.

Teniendo en cuenta este mecanismo pueden describirse en este tipo de lesiones un sitio de entrada u orificio de entrada y un trayecto pudiendo, o no, haber un orificio de salida.

Características del orificio de entrada: en general y por la acción de las fibras elásticas de la piel, el orificio de entrada no reproduce la forma del elemento productor ya que queda reducido a una hendidura de forma oval en la que el diámetro del eje mayor sigue una dirección paralela a las fibras elásticas del sector en que asienta. En este sentido la dirección de las fibras elásticas de la piel es constante siendo en el

cuello oblicua de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante; en el tórax siguen al eje mayor de los arcos costales. El borde del orificio se presenta invaginado, de aspecto equimótico y con sangre coagulada.

La acción de las fibras elásticas en la conformación del orificio de entrada en las heridas punzantes fue estudiada en 1833 por Filhos y completada en 1881 por Langer conociéndose el resultado de estas investigaciones como leyes de Filhos-Langer. Expresan lo siguiente: 1) la lesión por un elemento cónico o cilíndrico simula la lesión producida por un arma de hoja plana con dos filos, pero tiene ángulos romos (primera ley de Filhos). 2) Dada una misma región anatómica, las lesiones producidas por elementos cónicos o cilindro-cónicos estarán dirigidas siempre en la dirección de las fibras elásticas, mientras que las lesiones producidas por un arma de hoja plana con 2 filos presentarán cualquier dirección (segunda ley de Filhos). 3) Cuando un elemento punzante vulnera un sitio anatómico en el que existen diversos sistemas de fibras divergentes, la herida adoptará una forma triangular o en punta de flecha (ley de Langer).

El trayecto reproduce la contextura del arma utilizada correspondiendo hablar de extensión o profundidad. Si la región en la que asienta la lesión es fácilmente depresible como ocurre en abdomen y si el arma ha sido aplicada con fuerza puede suceder que el arma penetre profundamente empujando a la pared por lo que la longitud del trayecto será mayor que la del arma. A este tipo particular de herida Lacassagne lo denominó "herida en acordeón".

El sitio u orificio de salida puede encontrarse si la región atravesada es de menor longitud que el arma, tal como sucede en el cuello o miembros. En este caso el diámetro suele ser menor que el del orificio de entrada, de bordes irregulares y evertidos, con menos infiltración hemática y sin el borde contusionado excoriativo-equimótico que suele observarse en el orificio de entrada.

c) Lesiones punzo-cortantes:

Son aquellas en las que la lesión predomina en profundidad pero tienen *asimismo una considerable expresión lesional en la superficie cutánea*. Son producidas por instrumentos "de hoja" dotados de punta aguzada y por lo menos 1 filo y actúan en primer lugar por un mecanismo mixto de presión, penetración, sección cuando son introducidos y en segundo lugar por un mecanismo de deslizamiento que puede haber cuando son retirados. Por ejemplo: cuchillos, espada, puñal, bayoneta, etc. Los efectos principales son la sección y el desgarro de los tejidos, en mayor grado en profundidad y en menor grado en superficie, pudiendo predominar uno u otro según la forma de producir la herida pero estando siempre combinados. Si el elemento actúa solamente por el filo producirá una lesión cortante y si lo hace solamente por la punta producirá una lesión punzante.

Características: El *orificio de entrada* tiene una forma elíptica o en ojal con labios netos que tienen los *bordes* habitualmente no contundidos y sin puentes de tejido. La observación de los *extremos* o *ángulos* denota estas posibilidades básicas: a) si la hoja tiene un solo filo (monocortante) producirá un extremo romo y otro agudo, b) si la hoja tiene 2 filos (bicortante) producirá los 2 extremos agudos y c) si ha habido movimiento de la víctima o por manipuleo del arma se producirá una muesca o escotadura en ese extremo por efecto del filo que generalmente adopta la forma denominada "en cola de pescado".

El *trayecto* en profundidad generalmente es importante en dimensiones y no adopta la forma de canal, sino que más bien se identifica una trayectoria que sigue más o menos el perfil de sección de la hoja en los planos anatómicos superficiales, profundos y viscerales que haya interesado. A veces el trayecto no es único. Sus *paredes* son lisas. La observación del *orificio de salida* es infrecuente en la práctica pero cuando existe su tamaño es menor que el de entrada y con un aspecto irregular generalmente a labios evertidos. La *hemorragia* es mixta externa e interna, predominando una u otra según el asiento de la lesión.

d) Lesiones contuso cortantes:

Son aquellas que presentan una considerable expresión lesional tanto en superficie cutánea como en profundidad, predominando en ambas la extensión

Foto Nº 7: Lesión contusocortante



y la magnitud lesiva. Son producidas por instrumentos con escaso a importante filo pero de estructura pesada y actúan por un mecanismo de acción predominantemente de presión y de golpe, con o sin deslizamiento. Por ejemplo: pala, machete, azada, grandes cuchillas, hacha, sable, etc. Los efectos principales son la sección, la separación y la contusión de los tejidos.

Características: Son lesiones en general *amplias e irregulares* con los *bordes* excoriativos y equimóticos, irregulares y anfractuosos, rara vez netos. Tampoco existen coletas en los *extremos*, los cuales tienen una configuración de tendencia aguda. Pueden estar localizadas en un área topográfica definida con marcados efectos lesivos en profundidad incluso sin respetar el plano óseo, pudiendo producir mutilaciones de segmentos corporales. (Foto N° 7)

3. VARIEDADES DE LESIONES POR ARMAS BLANCAS

Si bien no se apartan de los caracteres de las lesiones por armas blancas que hemos descripto, algunas de ellas tienen características propias resultando de interés médicolegal las siguientes:

a) Lesiones autoinferidas: Se las produce el mismo individuo. Son heridas cortantes algunas veces de carácter superficial mientras que otras veces llevan a la muerte. En el primer caso se trata de lesiones lineales, agrupadas que tienden al paralelismo ubicadas en regiones de fácil accesibilidad como antebrazos y cara anterior del abdomen.

En el segundo caso asientan en la cara anterior de las muñecas observándose en casos de suicidio.

b) Lesiones de defensa: Son del tipo cortante o contuso cortantes. Asientan en manos, antebrazos y representan los intentos de la víctima por oponerse a la agresión tal como se observa en los casos de *degüello homicida*.

c) Lesiones pasionales: En estos casos las lesiones se observan en mamas, rostro y genitales.

d) Harakiri: es una forma de suicidio ritual en las culturas orientales y consiste en la sección de la pared abdominal en primer tiempo y en una segunda fase, la exteriorización y sección de las asas intestinales utilizándose para ello espadas, cuchillos o puñales.

e) Lesión en acordeón de Lacassagne: Se da cuando el arma blanca empleada penetra en el abdomen a una profundidad mucho mayor que su longitud como consecuencia de la violencia ejercida al agredir ya que así se consigue deprimir la pared anterior del abdomen llegando algunas veces hasta la columna lesionándose generalmente asas intestinales y estructuras vasculares (aorta) siendo estas últimas la causa de la muerte.

f) Degüello: Es la sección del cuello a nivel de la zona anterior o anterolateral del mismo. Se produce por cuchillos, navajas, vidrios o tijeras.

El degüello puede ser suicida u homicida y excepcionalmente, accidental.

Para hacer el diagnóstico diferencial en la forma homicida o suicida debe recurrirse al estudio de la herida que llevó a la muerte y al examen general de la víctima.

Con respecto a la herida deben estudiarse:

- a) la situación
- b) la dirección
- c) profundidad
- d) retomas
- e) causa de muerte

- *Situación:* en el caso suicida está ubicado en las regiones laterales del cuello dependiendo ésta de si la víctima es diestra o no mientras que en el homicidio está ubicado en la región anterior.

- *Dirección:* en el suicidio es oblicua de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante siendo perpendicular al eje del cuello en el homicidio.

- *Profundidad:* en el homicidio es el carácter predominante, pues el victimario actúa con fuerza lesionando las partes blandas anterolaterales del cuello pudiendo llegar a seccionar laringe y el esófago y en algunos casos hasta fracturar la columna cervical.

En el suicidio en cambio, la lesión no es profunda, pero sí lo suficiente para seccionar los vasos venosos.

- *Retomas:* están presentes en el suicidio, en el punto inicial de la lesión, muy cercana a la coleta de entrada. Están representadas por varias excoriaciones o heridas cortantes superficiales, lineales determinadas por la punta o el filo del arma utilizada y están indicando los intentos que efectúa la víctima antes de producirse la lesión mortal. No están presentes en el degüello homicida.

En relación al examen general de la víctima hay que destacar que en el degüello homicida existen las denominadas *lesiones de defensa*, provocadas por la misma arma, que están ubicadas generalmente en los miembros superiores, representando los intentos de la víctima por evitar la agresión. En algunos casos se han observado lesiones contusas en rostro y cabeza como equimosis, excoriaciones y hematomas, muchas veces acompañadas de lesiones internas traumáticas meningoencefálicas que deben interpretarse como agresiones previas tendientes a disminuir la resistencia de la víctima haciéndole perder la conciencia para poder así efectuar la lesión en el cuello que es la que lleva a la muerte.

4. EL INFORME MÉDICO-LEGAL EN CASO DE LESIONES O MUERTE POR LESIONES POR ARMAS BLANCAS

En lo posible deberá determinarse:

- El tipo de lesión o sea si es cortante, punzante punzocortante o contusocortante.
- Establecer la *compatibilidad* entre el arma, si ésta ha sido secuestrada, y la lesión que se observa.
- Si hay varias lesiones se deberá determinar el *orden* en que fueron producidas teniendo en cuenta que las primeras tienen intensos signos inflamatorios

reactivos y se acompañan de hemorragia importante mientras que en las producidas en última instancia estos fenómenos no son significativos.

- En dos heridas que se entrecruzan Chavigny comprobó que la primera es aquella que permite el afrontamiento total en toda la extensión de los bordes, mientras que la segunda, no permite tal adosamiento pues sus labios o bordes se ven interrumpidos por los de la primera herida.
- Diferenciar lesiones *vitales de postmortem*. Debe recordarse a este fin los caracteres de las lesiones vitales que son: retracción e infiltración sanguínea de los bordes; protrusión de grasa subcutánea por fuera de la herida y sangre coagulada fuertemente adherida en el fondo y bordes.
- Capacidad de movimientos de la víctima y grado de supervivencia: está relacionado con el lugar de la lesión, características de los órganos afectados y grado de hemorragia producida.
- Causa de muerte: generalmente la muerte se produce por hemorragia interna o externa acompañada de fenómenos asfícticos si ha habido aspiración de material hemático en la vida aérea.

A modo de síntesis el informe médico-legal en caso de lesiones por armas blancas debe contar según se trate en el vivo o en el cadáver con los elementos que se mencionan en el cuadro siguiente:

1. En el vivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de lesión: cortante punzante, etc. 2. Elemento productor 3. Mecanismo de producción 4. Grado de gravedad: leve, grave, gravísima 5. Posición de la víctima 6. Data de la lesión
2. En el cadáver	<ol style="list-style-type: none"> 1, 2 y 3: Idem 4. Si son múltiples: orden de producción 5. Tiempo de sobrevida y capacidad de movimiento 6. Caracteres de vitalidad 7. Causa de muerte: si fue debida a la lesión o a las complicaciones 8. Si fue o fueron autoinferidas o provocadas por terceros

PARTE B) LESIONES POR PROYECTILES DE ARMAS DE FUEGO

Autor: **Oswaldo H. Curci**

1. ARMAS DE FUEGO. DEFINICIÓN

Se llama arma de fuego a la que utiliza la energía liberada a partir de la combustión de la pólvora para lanzar un proyectil a distancia.

Existen armas de fuego *portátiles* y *no portátiles*.

Las primeras pueden ser transportadas y accionadas por un solo individuo mientras que las segundas necesitan para esos fines la ayuda de otro sujeto, un dispositivo mecánico o un animal.

Dentro de las armas *portátiles* se hallan las armas de fuego *cortas* y *largas*. Las primeras (revólveres y pistolas) son aquellas en las que la longitud del caño no excede los 30 cm, y pueden ser utilizadas empleando una mano y sin apoyo. La pistola tiene en su empuñadura un cargador donde se almacenan los proyectiles, en cambio el revólver posee para ello un tambor giratorio con alvéolos. En las *armas largas* —llamadas también *de hombro*—, el caño excede la longitud citada, y requieren para su utilización el apoyo y el uso de ambas manos, respondiendo a estas características la carabina, el fusil, la escopeta y el rifle.

Otros conceptos están relacionados con los términos: calibre; estría; ánima y cañón. El cañón de un arma de fuego es el elemento que le da precisión, es un "tubo cilíndrico" cuya longitud se extiende desde el mecanismo de percusión y/ o la recámara hasta el orificio distal que constituye la boca de fuego del arma. Su interior hueco se denomina ánima; en las escopetas es lisa pero en otras armas tiene un "rayado" interior que se denomina estriado. Ello sirve para imprimir un movimiento de rotación giratorio sobre su eje al proyectil. La distancia que existe entre dos estrías define el calibre del arma en cuestión y por ende el tamaño del proyectil que utiliza. Las armas francesas, españolas, italianas y alemanas expresan sus calibres en milímetros; las norteamericanas en centésimas de pulgada y las inglesas en milésimas de pulgada.

Un calibre .22 (centésima de pulgada) equivale a 5,58 mm y un calibre .45 equivale a 11,43 mm. Hay armas 9 mm (que son menores a un calibre .38) y otras .457 (milésimas de pulgada) que equivale a 11,48 mm y muchos ejemplos más.

2. MECANISMOS LESIVOS DE LOS PROYECTILES

Se debe recordar la fórmula física que calcula la energía cinética:

$$E_c = \frac{m \cdot v^2}{2}$$

donde m es la masa (en este caso del proyectil) por el cuadrado de la velocidad, todo ello sobre el denominador 2.

En el caso de los proyectiles la energía cinética debe considerarse como fuerza viva. Si se analizan los términos de la ecuación se comprenderá que a) a mayor fuerza viva habrá consecuentemente mayor efecto lesivo y b) influye mayormente en el poder de daño el incremento de la velocidad que el aumento de la masa del proyectil; ya que la fuerza viva se rige por el cuadrado de la velocidad.

Con estos términos enunciados se puede caracterizar en forma elemental y esquemática que los proyectiles tienen sobre el cuerpo humano dos efectos: 1) Directos: dados por la contusión y la penetración dependientes en su mayor parte de la masa del proyectil (peso, forma y dimensiones) y 2) Indirectos: da-

dos por la transferencia a los tejidos de la energía cinética que posee el proyectil (fuerza viva) dependiente en su casi totalidad de su velocidad.

Los proyectiles que superan los 914m/seg se consideran de alta velocidad, los que son subsónicos (< 305 m/seg) son de baja velocidad.

En cuanto a los tipos de proyectiles debe conocerse que existen formas clásicas con una vaina ó casquillo y un núcleo de plomo, acero, ó aleaciones habitualmente ojival; el cual puede estar desnudo ó encamisado. También hay formas especiales con punta blanda, hueca, explosiva, etc. En todos estos casos el proyectil ó munición es único, es decir, que el disparo lanza un sólo proyectil (Foto Nº 8).

Ahora bien, existen armas que cargan cartuchos como las escopetas y pistolones. Estos cartuchos se hallan constituidos por tres compartimentos: a) el que contiene la pólvora o fulminante, b) el que contiene el "taco", cilindro de cartón, madera o plástico y c) el que contiene los perdigones. Estos perdigones son numerosos y forman la verdadera "munición"; por ello se considera que son armas que disparan proyectiles de munición múltiple. Con fines expositivos las lesiones que producen se describirán separadamente de las de proyectil único, haciendo las consideraciones pertinentes (Foto Nº 9).

Foto Nº 8: Proyectil de arma de fuego corta

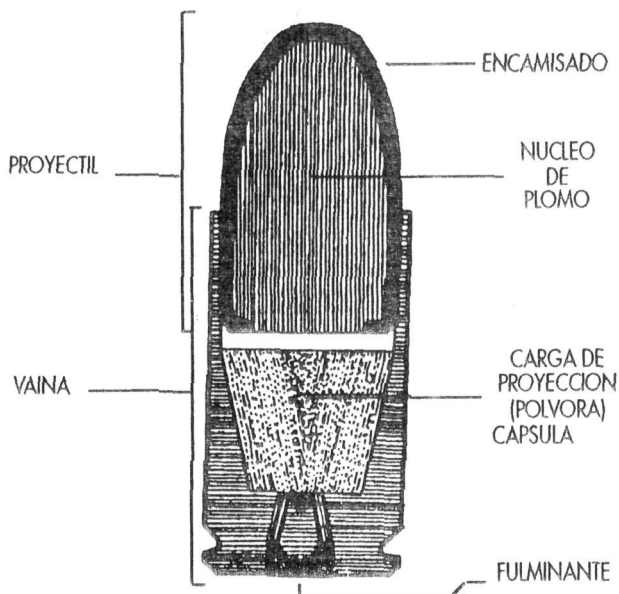
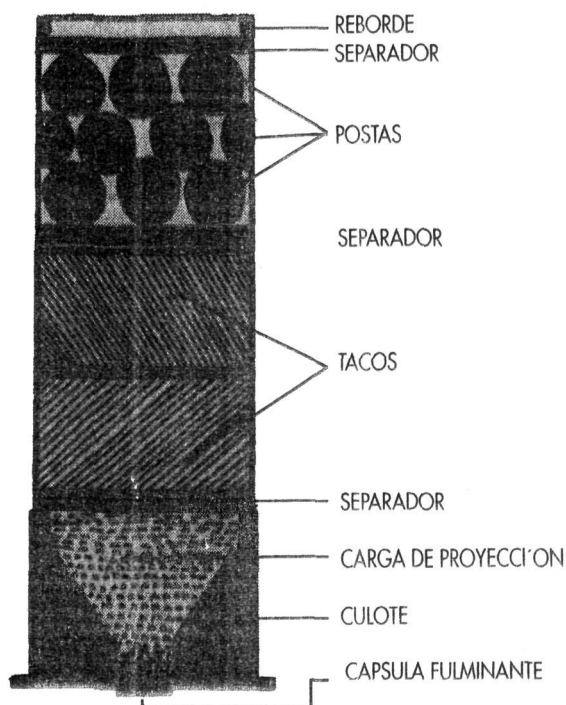


Foto Nº 9: Proyectil de arma de fuego de tiro múltiple (escopeta)



3. CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES POR PROYECTILES DE ARMAS DE FUEGO

Se llama *balística* a la "disciplina que estudia las armas, pólvoras y proyectiles con relación a su estructura, conformación y efectos". Dada la amplitud del campo se la divide en *balística interna*, *externa* y *de efectos*. La *balística interna* estudia las armas, pólvoras y proyectiles así como el recorrido de esos últimos dentro del arma hasta su salida por la boca del cañón o de fuego. La *balística externa* estudia el recorrido del proyectil desde la salida del arma hasta su impacto en el blanco.

La *balística de efectos* o *balística de arribada*, de especial interés médico-legal, tiene por objeto el estudio de los efectos que produce en el blanco el proyectil a su llegada al mismo. Cuando el blanco es el organismo humano tenemos conformadas las lesiones por proyectiles de arma de fuego que estudiamos a continuación.

Las lesiones por proyectiles de armas de fuego son de carácter *contuso* ya que responden a la definición genérica de las contusiones puesto que "son la resultante del choque de un cuerpo duro (proyectil) contra el organismo humano".

3.a. Lesiones por proyectiles de armas de fuego cortas (proyectil único)

Cuando un proyectil se pone en contacto con la superficie corporal determina en primer lugar una lesión de puerta de entrada u *orificio de entrada*, luego efectúa un *trayecto* intracorporal quedando alojado en el interior del organismo ó bien sale al exterior a través del denominado *orificio de salida*. La descripción señalada constituye lo que se denomina *balística de arribada*, de efecto o médico-legal.

Lesión de entrada u orificio de entrada

Se estudian los planos de la ropa, cutáneo y el óseo.

Plano de la ropa

Esta descripción tiene valor cuando el cañón del arma se halla a corta distancia. En ese caso se encuentran los signos del *deshilachamiento crucial* o de *Rojas*, de la *escarapela* de Simonin y del *calcado* de la trama del tejido, de Bonnet.

El primero o "deshilachamiento crucial" se presenta en el plano de la ropa como un orificio de bordes desgarrados a consecuencia del deshilachamiento del tejido en forma de cruz, quemados o ahumados, cuando el disparo ha tenido lugar con la boca del cañón del arma apoyada sobre la prenda o a muy corta distancia (disparo a "quemarropa").

El signo de la *escarapela* o de Simonin se ve en la cara interna de la ropa, situada sobre la piel, cuando el disparo ha sido realizado con la boca del cañón apoyada y consiste en dos zonas concéntricas oscuras separadas por una clara rodeando al orificio. Es el resultado del ahumamiento por la combustión de la pólvora.

El signo del "Calcado" descrito por Bonnet consiste en que si la víctima usa una prenda interior blanca y el disparo ha sido efectuado con la boca del cañón

del arma apoyada sobre una ropa inmediatamente suprayacente a dicha prenda interior, quedando sobre esta última el dibujo de la trama del tejido de aquélla como un verdadero "calcado".

Plano de la piel

Los signos que aparecen son debidos al arma, al proyectil y a la pólvora y resultan de real trascendencia médico-legal ya que a partir de ellos puede establecerse en primer lugar que se trata de una lesión por proyectil de arma de fuego, su ángulo de incidencia y la distancia.

Efectos del cañón del arma:

Los efectos del cañón del arma no son de observación constante. Se conoce a este signo bajo el nombre de "signo de Puppe-Werkgartner". Se observa cuando el disparo se efectúa con el cañón apoyado a la piel y consiste en una impronta resultante de la acción quemante del cañón del arma ya que al producirse la combustión de la pólvora y salida del proyectil, el metal suele alcanzar alta temperatura. Dicha impronta equimótico-excoriativa reproduce la forma del perímetro —total o parcial— del cañón del arma (Foto N° 10).

Algunos autores lo atribuyen también a la impronta de la corredera de las pistolas.

Foto N° 10: Signo de Puppe-Werkgartner



Número de orificios de entrada:

En cuanto al número de orificios de entrada, hay tantos como proyectiles hayan sido disparados aunque puede suceder que un solo proyectil cause orificios múltiples, cuando atraviesa distintos planos de clivaje, ej. miembros superiores, y tórax. El orificio de entrada puede pasar inadvertido en la superficie corporal cuando penetra por los orificios naturales, ej. boca, nariz, ano, etc.

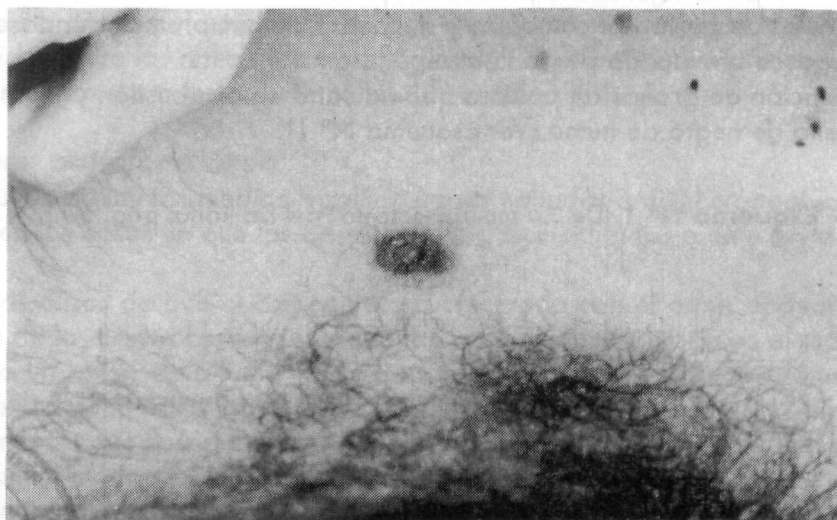
Efectos del proyectil:

Cuando el proyectil impacta sobre la superficie de la piel vence su resistencia elástica produciendo una herida contusa que tiene características particulares observables a nivel de los bordes. En efecto por acción exclusiva del proyectil se produce:

- a) por acción del proyectil un anillo contusivo-excoriativo o anillo de contusión y,
- b) por dentro y por arriba del anterior, por depósito de impurezas que arrastra el proyectil en su salida del arma, se produce un anillo de "enju-gamiento".

Ambos anillos superpuestos constituyen el *Anillo de Fisch* (Foto Nro. 11).

Foto N° 11: Orificio de entrada: Anillo de Fisch



En caso de que haya cabellos o ropa interpuesta, estos elementos retendrán las impurezas por lo que no se forma el anillo de enjugamiento.

El anillo de "contusión" es el que nunca falta y está presente independientemente de la distancia del disparo siendo además un signo que atestigua el carácter vital de la lesión ya que en su conformación interviene la ruptura de los capilares de la dermis con extravasación hemática y formación de costra serohemática, es decir los constituyentes de una lesión equimótica y excoriativa. La forma del orificio de entrada dependerá de la incidencia del proyectil sobre la piel ya que si el ángulo de incidencia es perpendicular, el anillo de Fisch será

simétrico y redondeado mientras que si el ángulo de incidencia es agudo será aproximadamente oval con el ancho mayor en la zona de choque tal como se muestra en el esquema N° 1, lo que también marca la dirección o trayectoria interna del proyectil.

**Foto N° 12: Orificio de entrada:
Golpe de mina de Hoffmann**



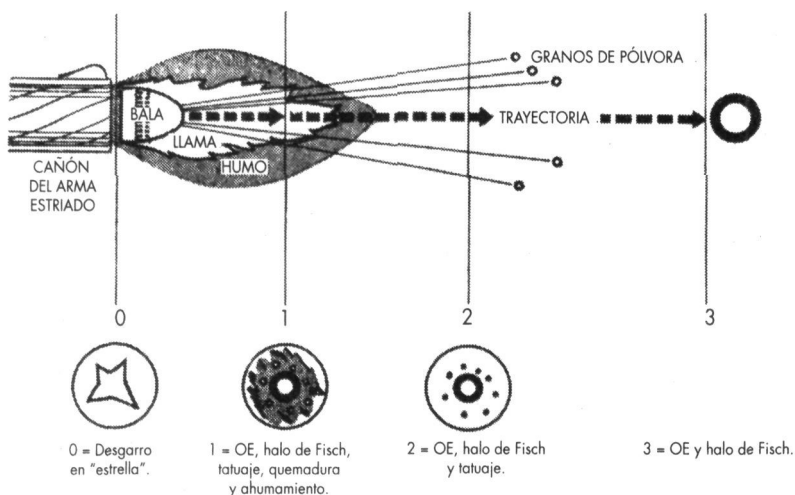
Los bordes del orificio de entrada son aproximadamente regulares e invaginados, pero si debajo de la piel existe un plano óseo, al ocurrir el disparo estando el cañón apoyado en la piel firmemente, se produce el "golpe de mina de Hoffman": los gases de la pólvora chocan contra el plano óseo y antes de que se produzca la solución de continuidad en el mismo, hacen estallar la piel produciéndose un orificio estrellado con bordes quemados depositándose negro de humo y granos de pólvora en su interior y en el plano óseo (Foto N° 12).

Efectos de la pólvora:

La pólvora produce el denominado tatuaje debido a la acción de la llama, de las partículas de pólvora incombusta y del negro de humo produciéndose:

- quemadura provocada por la llama.
- incrustación de granos de pólvora que no entró en combustión y
- depósito de negro de humo (Ver esquema N° 1).

Esquema N° 1 (De "La muerte violenta" del Dr. Raffo, pág. 60.)



Hay un "tatuaje verdadero" formado por los dos primeros elementos que se llama así porque no desaparece con el lavado, mientras que el formado por el negro de humo se llama "tatuaje falso" porque sí, desaparece con el lavado (Foto N° 13).

Hay quemadura cuando el disparo fue hecho a "quemarropa" o sea a muy corta distancia observándose este efecto en piel y pelos porque junto con el proyectil salen gases a alta temperatura y residuos sólidos que forman la llama.

Los granos de pólvora que no combustionan se incrustan en la piel rodeando el orificio de entrada por fuera del anillo de Fisch. Histológicamente pueden observarse a nivel de la dermis granos anhistos correspondientes a pólvora.

El ahumamiento o *tatuaje falso* se ve alrededor del orificio de entrada cuando el disparo fue hecho a una distancia más alejada.

La presencia de *tatuaje* alrededor de un orificio se signo indubitable de orificio de entrada.

Foto N° 13: Tatuaje verdadero



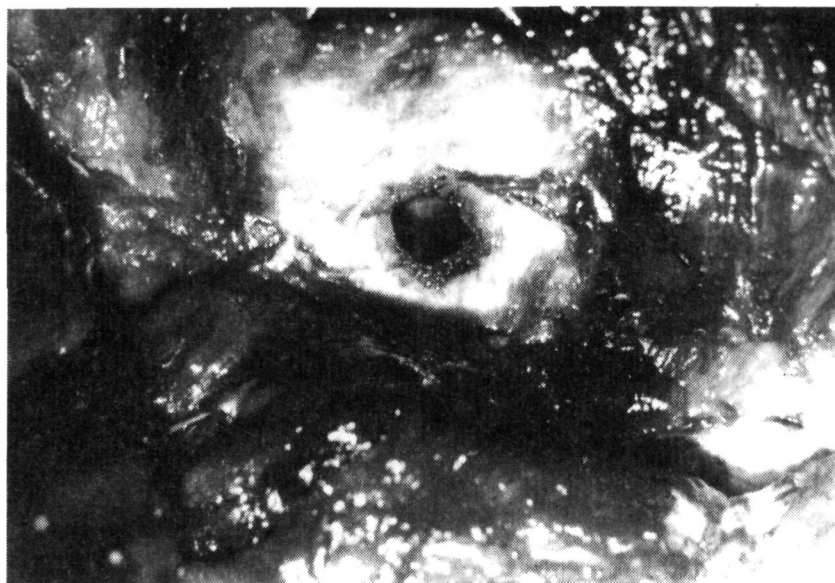
Con el fin de dar orientación de la distancia a que se producen este signo es válido el Esquema N° 1 haciendo la salvedad que el diagnóstico exacto de la distancia a que fue efectuado el disparo en un caso determinado lo da la *compatibilidad* entre los hallazgos morfológicos y los disparos que prueba efectuados con el arma supuestamente utilizada si ésta es hallada.

Examen del plano óseo

Resultan de interés médico-legal los signos hallados a nivel craneal especialmente en los casos en que los disparos han sido efectuados a muy corta distancia.

En los casos de que el disparo se ha efectuado con el arma apoyada, por debajo de las partes blandas y rodeando al orificio de entrada en el cráneo se observa un anillo de ahumamiento concéntrico de 2 a 4 mm de diámetro de límite externo difuso denominado *Signo de Benassi*. Se trata de un anillo de ahumamiento que desaparece con el lavado pero que resiste a la putrefacción. La importancia médico-legal de este signo es que aparece en el orificio de entrada denotando que el disparo fue efectuado con el arma apoyada (Foto Nro. 14).

Foto N° 14: Signo de Benassi



A nivel óseo es aplicable el esquema del "cono" o del embudo descrito por Bonnet, según el cual el diámetro de los orificios (de entrada y salida) progresa como las secciones de un cono truncado ubicando el extremo truncado del cono en la tabla externa del orificio de entrada y la base en la tabla externa del orificio de salida.

Resulta oportuno destacar que hay elementos que confirman que se trata de un orificio de entrada tanto a nivel óseo como a nivel de piel y tejidos blandos subyacentes, consistentes en la demostración de partículas metálicas provenientes del proyectil presentes sólo en ese lugar y no en el trayecto ni en la salida, a través de métodos microquímicos, espectrográficos y radiográficos. La positividad del resultado está dada por la presencia de restos de cobre, plomo, hierro y níquel.

El borde del orificio de entrada en el hueso está dirigido hacia adentro por lo que se dice que tiene *bisel interno* mientras que en el orificio de salida el borde está dirigido hacia fuera por lo que se dice que el *bisel* es *externo*.

Es importante destacar que del orificio de entrada en el hueso pueden partir trazos fracturarios no siendo infrecuente observar dichos trazos en el orificio de salida los que pueden hacerse extensivos a todos los huesos craneales siendo ello la resultante de la onda expansiva ("blast") al efectuarse el disparo.

Trayecto del proyectil:

En su trayecto, el proyectil dislacera y desgarras las partes blandas (serosas, vísceras, estructuras vásculo-nerviosas) y fractura las estructuras óseas. El lugar de entrada del proyectil en una víscera está dado por una solución de continuidad que en órganos muy irrigados como pulmones, por ejemplo, se presenta rodeada un anillo hemorrágico, dado por la ruptura de los vasos y que recibe el nombre de *halo hemorrágico visceral*. Dicho signo es importante por dos razones: primero porque es índice de puerta de entrada y por otra parte es evidencia de lesión vital.

El trayecto determinado por un proyectil está constituido por tejido necrótico-hemorrágico que tiene el mismo significado con respecto a la vitalidad que el halo hemorrágico visceral.

En algunas circunstancias el proyectil puede experimentar desviaciones en su recorrido cuando choca contra estructuras óseas o ingresa dentro de un vaso de gran calibre. El primer caso se produce cuando el proyectil encuentra en su recorrido, por ejemplo, costillas o huesos del cráneo, puesto que si no tiene suficiente fuerza o es de pequeño calibre puede no ingresar, rodear a esas estructuras y salir o alojarse en lugares alejados del lugar de entrada recibiendo el nombre de proyectil *circungirante*.

Si el proyectil en su trayecto ingresa en un vaso de gran calibre puede ser arrastrado por la circulación y hallarse en un lugar alejado del sitio de entrada. En este caso el proyectil recibe la denominación de *migratriz*.

El orificio de salida:

En su salida el proyectil determina en la piel un orificio de aspecto irregular con bordes evertidos y con escasa infiltración hemática.

No se presenta anillo de Fisch ni tatuaje. Excepcionalmente y en caso de que se produzca la salida del proyectil en una zona de contacto corporal con una superficie dura tal como podría ser cuando el cuerpo está apoyado en una pared o sobre el piso en el momento de recibir el disparo, puede observarse un anillo de contusión rodeando al orificio de salida que ha recibido el nombre de signo de Romanese. Es la resultante del choque del proyectil sobre una superficie dura, en el momento de la salida del cuerpo, circunstancia que se hace que se deforme parcialmente en su extremo impactando sobre la piel produciendo la ruptura y formación de un halo contusivo por ese mecanismo.

3.b) Lesiones por proyectiles de armas de fuego largas

Como se mencionó anteriormente, las escopetas, los pistolones y otras armas del mismo grupo cargan cartuchos que contienen múltiples municiones de varia-

do número y tamaño. El calibre en estos casos se expresa sobre la antigua base del equivalente de cantidad de municiones necesarias para llegar a una libra de peso. Por ello, los calibres llevan números como 4, 7, 8, 12, 16, 20, 24 ó 28; ó 12.70, 16.80, etc. Cuanto mayor es el calibre así expresado, menor es el tamaño de la munición y mayor su cantidad. Como ejemplo para dar una comparación de tamaño puede decirse que un calibre 12 equivale a casi unos 19 mm y un calibre 24 a casi unos 15 mm.

Otro de los elementos a tener en cuenta es que estas armas tienen por lo general el ánima lisa. Cuando se dispara el cartucho, salen conjuntamente el taco y los perdigones (municiones) en un grupo más o menos compacto; luego de una cierta distancia los perdigones comienzan a separarse entre sí y continuando en progresiva divergencia, finalmente terminan dispersándose en forma abierta abarcando un área de superficie de impacto variable.

Cuando se recorta el cañón de estas armas se logra una dispersión precoz, casi inmediata de los perdigones una vez disparada; en cambio, cuando se estrecha la parte distal del cañón (gollete o agolletamiento) la dispersión se retarda ocurriendo a una mayor distancia. De cualquier manera, antes ó después, se produce la dispersión de las municiones denominándose a este hecho "rosa de dispersión". Cada perdigón produce una lesión de entrada cutánea equiparable a la del proyectil único (orificio, halo de Fisch) y una trayectoria intracorpórea de penetración variable, siendo muy infrecuentes las lesiones de salida. Los fenómenos de tatuaje y ahumamiento son similares.

La diferencia estriba en el estudio de conjunto de la perdigonada poniendo énfasis en la superficie abarcada por la rosa de dispersión, la cual será mayor cuanto mayor sea la distancia a que se realizó el disparo. Hasta una distancia de 60 cm a 1 metro puede decirse que el disparo ha hecho "bala"; esto quiere significar que los perdigones penetraron sin tener dispersión o la han tenido en forma despreciable, conjuntamente o no con la penetración del "taco" del cartucho.

Clásicamente se describe que la rosa de dispersión de un disparo efectuado a una distancia de 5 m cubre un plano de unos 25 cm de diámetro, a 10 m cubre un plano de unos 40 cm, a 15 m cubre un plano de unos 50 cm y a 25 m cubre un plano de unos 70 cm. En el estudio radiográfico se aprecia la totalidad de los perdigones o postas constituyendo el signo, denominado por Di Maio, "en tormenta de nieve".

4. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Se cree oportuno recalcar algunos conceptos de utilidad práctica. Es fundamental recordar que en la historia clínica de un lesionado por proyectil de arma de fuego debe constar ineludiblemente la intervención policial.

Se aconseja colocar descriptivamente la topografía cutánea de los orificios producidos por el o los proyectiles sin hacer consideración alguna sobre si se trata de entrada o salida, ya que ello no tiene ninguna incidencia sobre la terapéutica y es resorte del perito médico legista; no obstante es de utilidad hacer la descripción de un presunto ahumamiento, como así también si se ha suturado el orificio o si por él ha pasado una incisión quirúrgica.

En los partes quirúrgicos se debe ser lo más claro y preciso posible en la descripción de las lesiones internas por paso del proyectil y de los procedimientos efectuados (exéresis, anastomosis); respecto de las piezas anatómicas extirpadas, debe consignarse sobre la intervención policial en la boleta de remisión a los servicios de anatomía patológica.

Todo proyectil extraído en un acto operatorio debe ser entregado a la autoridad policial haciendo constancia de ello en un acta, en la historia clínica ó en el parte quirúrgico; siendo firmado por el personal policial interviniente y el médico. Muchas veces el juzgado envía un oficio solicitando el secuestro del proyectil y la policía deja una copia del acta de secuestro.

5. EL INFORME MÉDICO-LEGAL EN CASO DE LESIONES O MUERTE POR PROYECTILES DE ARMAS DE FUEGO

El informe médico-legal en estos casos debe contener:

1) Distancia del disparo: se hace en base a los signos hallados en el sitio de entrada: anillo de Fisch, tatuajes, etc.

2) Incidencia del proyectil: está dado por las características de los signos en la entrada, especialmente por la conformación del anillo de Fisch.

3) Trayecto: resulta de unir los puntos de entrada con el lugar de alojamiento del proyectil o el orificio de salida. En la práctica se hace coincidir la "incidencia del proyectil" con el trayecto debiendo recordarse que esa correspondencia no es absoluta en caso de los proyectiles migratrices o circungirantes.

4) Posición de la víctima al recibir el disparo: se hace en base a la incidencia y trayecto del proyectil.

5) Grado de supervivencia y capacidad de movimientos: deberá establecerse de acuerdo al tipo de lesiones producidas y órganos y estructuras afectados.

6) Orden sucesivo de las lesiones: se debe realizar en el caso de múltiples disparos recordando que la presencia de una herida con hemorragia abundante y otra con escasa infiltración hace pensar que aquella fue la primera.

7) La diferencia entre lesiones vitales y postmortem: ya hemos dicho que la presencia del anillo de contusión así como la infiltración hemática en los planos subyacentes al orificio de entrada, el halo hemorrágico visceral y el trayecto necrótico-hemorrágico son signos de *vitalidad de las lesiones* ya que es imposible que aparezcan en los disparos post-mortem.

PARTE C) QUEMADURAS

Autor: **Francisco J. Fama**

1. INTRODUCCIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se denominan quemaduras a un conjunto de lesiones de características particulares según su agente productor y cuya gravedad guarda vinculación con la

extensión, profundidad y grado de repercusión orgánica sobre el organismo afectado.

Los agentes etiológicos de las quemaduras pueden agruparse de la siguiente forma:

CAUSAS DE QUEMADURAS	a) Agentes físicos	<ul style="list-style-type: none"> Calor Frío Electricidad Radiaciones
	b) Agentes químicos	<ul style="list-style-type: none"> Acidos Alcalis
	c) Agentes biológicos	<ul style="list-style-type: none"> Ej. peces

Resultan de interés médico-legal las agrupadas en los puntos a) y b) por lo que las estudiaremos en este orden.

2. QUEMADURAS PRODUCIDAS POR EL CALOR

A) Caracteres generales

El calor en sus diversas formas, se trate de cuerpos sólidos calientes, líquidos a temperatura de ebullición o en forma de llama, puede provocar lesiones o la muerte.

Las quemaduras se clasifican según su profundidad y extensión.

Según su profundidad y desde el punto de vista anatomopatológico tenemos la siguiente gradación:

— Quemaduras de *primer grado*: caracterizadas por eritema, como consecuencia de la vasodilatación; prurito y dolor por irritación de las terminaciones nerviosas.

— Quemaduras de *segundo grado*: se observan las vesículas o ampollas típicas constituidas por acumulación de líquido que no sobrepasa la capa basal rodeadas de intensa vasodilatación y aumento de la permeabilidad con edema perilesional.

— Quemaduras de *segundo grado profundas*: aquí el agente térmico produce destrucción de la capa basal, trombosis vasculares y destrucción de los folículos pilosos y de las terminaciones nerviosas. No hay flictenas.

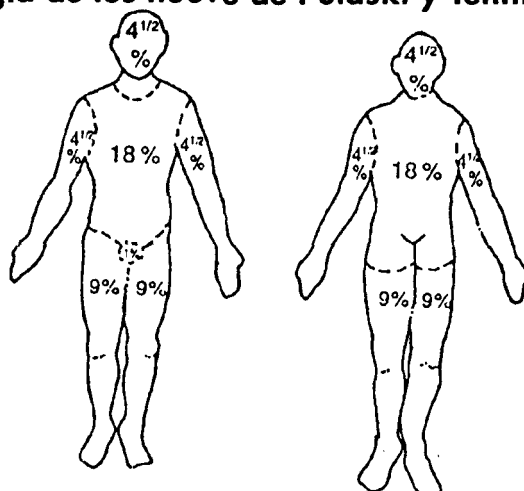
— Quemaduras de *tercer grado*: hay destrucción de todos los elementos de la epidermis y de la dermis por lo cual la lesión adopta el aspecto de "escara".

Clinicamente y teniendo en cuenta los caracteres mencionados se clasifican a las quemaduras en A o superficiales, AB o intermedias y B o profundas agrupándoselas de la siguiente forma:

<i>Tipo de quemadura</i>	<i>Clínica</i>	<i>Color</i>	<i>Sensibilidad</i>
A	eritema flictena	rojizo	hiperalgesia
AB	escara intermedia	blanco- rosado	hipoalgesia
B	escara profunda	blanco- pálido o negruzca	analgesia

Para determinar la extensión de una quemadura se utiliza la regla de los nueve o de Pulaski y Tennisson y que consiste en dividir a la superficie corporal en once sectores de 9% de extensión cada uno, correspondiendo 1% a la zona genital, acorde a este esquema:

Cálculo de la extensión de las quemaduras
—Regla de los nueve de Pulaski y Tennisson—



En los niños menores de 9 años, esta regla debe aplicarse recordando que la superficie de la extremidad cefálica es mayor que en los adultos por lo que por cada año de edad se le resta 1% a los miembros inferiores y se le añade a la cabeza permaneciendo los demás segmentos con los mismos valores.

Años	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Adulto
% de la cabeza	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	9
% de miembros inferiores	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	36

Si bien la medida de la gravedad de las quemaduras por calor resultan de la conjunción de la extensión y profundidad, desde el punto de vista médico-legal

una quemadura también resultará grave por su localización ya que las secuelas cicatrizales de una quemadura en el rostro, pliegues articulares y zona genital ocasionarán lesiones de carácter grave o gravísimos.

De la determinación de la extensión y profundidad en forma conjunta surge el criterio de gravedad en cuanto al peligro de vida de un gran quemado sirviendo como elemento referencial la Fórmula de Benaim, válida para edades entre 12 y 60 años:

Quemadura	I Leve	II Moderada	III Grave	IV Crítica
% de tipo A	<10	11-30	31-60	> 61
% de tipo AB	< 5	6-15	16-40	> 41
% de tipo B	1	2-5	6-20	> 21
Riesgo de vida	Nulo	Escaso	Alto	Máximo

Existe una forma de determinar el peligro de vida en cualquier edad aplicando el *Índice de Garces*. Este índice resulta de sumar:

La edad del paciente (para pacientes de menos de 20 años se suma la diferencia entre 40 – edad del paciente)

+

% de quemadura de tipo A
% de quemadura de tipo AB x 2
% de quemadura de tipo B x 3

de esta suma surge un índice que se evalúa de acuerdo a la siguiente escala:

21 a 60: Leve
61 a 90: Moderado
91 a 120: Grave
121: Crítico

Ejemplo: paciente de 18 años con 15% de quemadura tipo A: 10% de AB y 12% de B.

Edad: 40-18 = 22 puntos
% de A = 15 puntos
% de AB x 2 = 20 puntos
% de B x 3 = 36 puntos

por lo que el índice es de 93, situación que lo encuadra dentro del grupo de quemados con pronóstico grave.

La fisiopatología del gran quemado reconoce las siguientes etapas:

- 1) Una reacción inmediata.
- 2) Una etapa de alteraciones tisulohumorales.
- 3) Una etapa de complicaciones.
- 4) Una etapa de reparación.

En las tres primeras etapas puede producirse la muerte debida a shock traumático, hipovolémico o sepsis. En las autopsias del gran quemado, en el examen interno, no hay alteraciones patognomónicas, salvo las ulceraciones gastroduodenales agudas o úlceras de Curling cuya etiología aún permanece oscura.

B) Carbonización

En algunos casos de incendio, la muerte puede ocurrir por acción directa del calor sobre el cuerpo a través de la llama en cuyo caso se habla de *carbonización*. En estos casos el examen externo del cadáver muestra la superficie corporal de color negruzco, por deshidratación y desecación, de aspecto seco, acartonado. A nivel del rostro los surcos se borran, especialmente los nasogenianos lo que hace que el carbonizado tenga una típica expresión con la boca abierta con proclividad de las piezas dentarias. Por acción del calor los músculos experimentan una retracción a predominio flexor por lo que el cadáver adopta una actitud de repliegue sobre sí mismo recibiendo las denominaciones de "actitud en boxeador o de esgrimista". A nivel de los miembros se producen desarticulaciones y amputaciones espontáneas. También puede producirse el estallido de las cavidades torácica y abdominal con protrusión de las vísceras así como estallido del cráneo con posibilidad de hallazgo de hematoma extradural debido a la acción del calor y que debe diferenciarse del hematoma extradural traumático. Las estructuras musculares y las vísceras con gran componente muscular presentan al examen macroscópico el típico aspecto de "carne cocida".

Frente al hallazgo de un cadáver carbonizado el diagnóstico diferencial más importante que se plantea desde el punto de vista médico-legal es de si la *carbonización ha tenido lugar en vida o ha sido post-mortem*.

En este sentido resultan de particular importancia las comprobaciones macroscópicas, microscópicas y de laboratorio.

- Comprobaciones *macroscópicas*: en el caso de que una persona se halla con vida en el momento del incendio, al realizar inspiraciones, el negro de humo penetra en el árbol respiratorio, impregnando y dando color grisáceo negruzco a la mucosa, faríngea, laríngea, traqueal y bronquial constituyendo este hallazgo el *Signo de Montalti*. Este es signo inequívoco de que la persona se hallaba con vida en el momento del incendio.
- Comprobaciones *microscópicas*: el examen del tejido pulmonar muestra partículas de negro de humo en las luces bronquiales y en los sacos alveolares.
- Comprobaciones de *laboratorio*: al realizar el estudio espectroscópico de la sangre del cadáver se detecta la presencia de *carboxthemoglobina* dato que ha llevado a algunos autores como Thoinot a afirmar que esta intoxicación es la causa más común de muerte en estos casos.

3. QUEMADURAS PRODUCIDAS POR EL FRÍO

La baja temperatura, cuyo origen puede ser atmosférico o industrial, puede afectar al organismo humano en su totalidad o en forma parcial determinando —al igual que el calor—, lesiones o muerte.

El mecanismo de producción de las *lesiones* por el frío puede ser de carácter directo o indirecto.

En el primer caso se daña la estructura celular por la cristalización del agua intracelular mientras que a través del mecanismo indirecto las alteraciones estructurales se producen por cambios en la microcirculación ya que en primera instancia el frío produce vasoconstricción, seguida de parálisis del control vascular originando tumefacción de aspecto edematoso. Si la baja temperatura persiste, el incremento de la viscosidad sanguínea conjuntamente con las alteraciones vasculares, provoca lesiones isquémicas con necrosis.

Las lesiones así determinadas se denominan genéricamente *heladuras*. Clínicamente se caracterizan por presentar eritema, flictenas y necrosis con úlceras, según el grado de profundidad que hayan alcanzado.

Las *heladuras* se observan en las regiones topográficas más expuestas a la acción del frío como pabellones auriculares, nariz y extremidades. Se presentaban con gran frecuencia durante la Primera Guerra Mundial en soldados, en las trincheras, localizadas en los miembros inferiores por lo que se las conoce con la denominación de "pie de trinchera".

Cuando es la totalidad del cuerpo el que se ve sometido a la baja temperatura, se supera la capacidad de adaptación de los mecanismos termoreguladores estableciéndose un estado de *hipotermia* siendo incompatible la vida a una temperatura corporal de menos de 31 grados centígrados.

Al principio hay marcada vasoconstricción con taquicardia, palidez y parestesias; luego sobreviene una etapa de vasodilatación acompañada de somnolencia instalándose un enlentecimiento de los procesos metabólicos que hace que se origine un estado de coma que puede culminar con la muerte si persiste la baja temperatura.

Afortunadamente la reducción del metabolismo que acompaña a la hipotermia permite, en algunos casos, una reanimación exitosa cuando no hubo daño cerebral observándose esta situación particularmente en niños recuperados luego de haber permanecido varias horas en contacto con un medio líquido, con temperatura extremadamente baja.

4. QUEMADURAS POR RADIACIÓN

Aspectos generales

Se considerarán los aspectos locales y generales producidos por los rayos X y las sustancias radiactivas.

El desarrollo de las aplicaciones tanto pacíficas como militares de la energía nuclear, permite establecer que será un número creciente de individuos el que se verá afectado por esta patología.

La profundidad de penetración en el organismo difiere con el tipo de radiación, y el grado de lesión corresponderá a la cantidad de absorción.

Las partículas alfa penetran en los tejidos corporales en una profundidad de 40 a 80 micrones. Los rayos beta, provenientes de materiales radiactivos penetran en los tejidos corporales desde una fracción de milímetro hasta una profundidad de diez cm. mientras que los rayos gamma penetran aun más profundamente.

Clasificación

Las lesiones por radiaciones se pueden dividir en cuatro grupos:

1. Enfermedades profesionales; provocadas por la exposición repetida y continuada a través del tiempo. Esto se da en los radiólogos y en quienes manipulan el radium y sus compuestos.
2. Errores terapéuticos; originados en un tratamiento radiante.
3. Accidentes; ocasionados en centrales y lugares en los que se utilizan o guardan elementos radiactivos.
4. Uso militar; en artefactos explosivos.

Las radiaciones nucleares son inicialmente a base de rayos gama. Estos tienen la posibilidad de recorrer grandes distancias en el aire y penetrar materiales sólidos.

Esto los habilita para producir lesiones a gran distancia de su fuente original.

No pueden ser vistos o percibidos por los seres humanos excepto a grandes dosis, produciendo en esas condiciones una sensación de hormigueo.

En una etapa posterior la radiación nuclear se produce por la disociación radiactiva de los productos de fisión. Aquí se producen rayos gama y beta. Si bien los últimos son mucho menos penetrantes de todos modos representan un riesgo.

Es importante destacar que las lesiones debidas a las radiaciones dependerán de la sensibilidad individual, por lo que dos sujetos sometidos a las mismas dosis pueden no tener las mismas lesiones.

La radiación actúa sobre la célula disociando los cromosomas, alterando la permeabilidad de la membrana celular y retardando la reproducción celular, al inhibir la división celular. Este es un efecto precoz y varía de acuerdo a los distintos tipos de tejidos, en un orden decreciente de sensibilidad tenemos el tejido linfóide, la médula ósea, los tejidos epiteliales, los testículos y ovarios, las células endoteliales, las serosas peritoneal y pleural, los osteocitos, el músculo liso y por último el músculo estriado.

A nivel de la piel se observa eritema, depilación permanente o transitoria, disminución de la función de glándulas sebáceas y sudoríparas, hiperqueratosis, sobre la que posteriormente puede desarrollarse un carcinoma.

Se considera que las alteraciones secundarias que se producen a nivel de la piel no son debidas a la radiación en sí, sino a la endoarteritis obliterante que da como resultado la disminución de la circulación sanguínea.

Estas alteraciones vasculares favorecen la producción de úlceras. Las úlceras por radiaciones tienen una apariencia característica, con un borde neto, y una base necrótica, que puede estar cubierta por exudado. Estas úlceras debido a su origen son crónicas, dolorosas y reacias al tratamiento.

Irradiación total del cuerpo

Cuando se produce una exposición corporal total, se observan alteraciones características en la sangre y los tejidos hematopoyéticos. Se deprime la formación de neutrófilos, con lo que el organismo queda más expuesto a una invasión bacteriana.

Los ganglios linfáticos y el bazo también se ven afectados, lo que provoca una brusca caída de los linfocitos posterior a la exposición.

El recuento de plaquetas comienza a disminuir con posterioridad a la exposición y alcanza su grado máximo aproximadamente al mes.

El nivel de eritrocitos disminuye tanto por efectos de la radiación como por hemorragias secundarias produciendo síntomas de anemia.

El mejor índice para evaluar la gravedad de la irradiación es el recuento de linfocitos.

Los síntomas precoces aparecen entre 1 y 3 hs. Después de la irradiación y son náuseas, vómitos, pérdida de apetito y fatiga. Luego del primer día puede presentarse un período latente que dura aproximadamente dos semanas y luego recrudecen los síntomas con tendencia a hemorragias espontáneas en encías, melena y hematuria.

254 Las dosis de 100 200 rems no producen enfermedad o ésta es leve, por

encima de 200 rems se observa la sintomatología descripta, pudiendo sobrevenir la muerte, y por encima de 1000 rems, la muerte es casi segura.

Lesiones en una explosión nuclear

En este caso se observan tres tipos de efectos físicos, cada uno de los cuales tiene potencial suficiente para provocar la muerte: 1) onda explosiva "blast", 2) radiación térmica, 3) irradiación nuclear.

Los efectos del blast y la radiación térmica no difieren de las explosiones comunes, los síntomas de exposición ya fueron descriptos, pero se agrega en este caso la irradiación residual proveniente de los escombros y materiales que tomaron radiaciones.

5. QUEMADURAS POR AGENTES QUÍMICOS: ÁCIDOS Y ÁLCALIS

Las lesiones producidas por ácidos y álcalis son conocidas también como "quemaduras químicas, cáusticas o corrosivas". Pueden actuar en superficie o por ingestión siendo de carácter accidental, suicida o criminal.

— *Ácidos*: el tipo de afectación en la piel y mucosas dependerá de la concentración puesto que las soluciones diluidas dan congestión y eritema: las más concentradas, flictenas y las muy concentradas o al estado puro *escaras* y/o úlceras, debiéndose la formación de escaras a la coagulación proteica.

El ácido sulfúrico de escaras de color negruzco y en caso de ingesta, la mucosa faríngea, esofágica y gástrica presentan aspecto negruzco con perforaciones únicas o múltiples.

El ácido clorhídrico y nítrico producen escaras de color grisáceo y amarillento respectivamente mientras que en caso de ingesta determinan a nivel de la mucosa digestiva ulceraciones y/o perforaciones.

— *Álcalis*: Entre los más comunes se halla la soda cáustica o hidróxido de sodio; la potasa cáustica o hidróxido de potasio y el amónico. En contacto con el organismo se produce la combinación con las proteínas y lípidos de los tejidos dando lugar, respectivamente, a la formación de proteinatos y jabones lo que explica el aspecto húmedo, tumefacto, untuoso, blanquecino y blando de las lesiones.

PARTE D) LESIONES POR ELECTRICIDAD

Autor: **Oscar A. Lossetti**

1. INTRODUCCIÓN

La electricidad es una insustituible forma de energía para las actividades de la vida cotidiana en el mundo actual, estando presente prácticamente en toda la aparatología utilizada en estos tiempos. Ello hace posible también la aparición frecuente y lamentable de situaciones infortunadas causales de lesiones y muerte que son el motivo de estudio del presente capítulo.

Ya en la Grecia antigua, Tales de Mileto (s. VII a. C.) hacía mención del "electrón" como medio de designar la propiedad observada de atraer pequeños elementos por medio de una varilla de ámbar frotada previamente con seda. Ha pasado largo tiempo desde entonces hasta el momento actual donde existen generadores de energía eléctrica de potencial asombroso.

La electricidad es un agente físico presente en cualquier tipo de materia bajo la forma de una energía potencial. Cuando esa energía se convierte en dinámica surge la corriente eléctrica. Esta es un flujo de electrones que atravesando un material conductor, une dos sitios de distinta concentración eléctrica (diferencia de potencial) dirigiéndose desde el punto de mayor concentración (polo positivo) al punto de menor concentración (polo negativo). Esta definición nos introduce en el ámbito de la física donde más adelante nos detendremos brevemente para analizar algunos conceptos que nos permitirán comprender con mayor claridad los efectos lesivos y los mecanismos mortales de la electricidad en el cuerpo humano.

Según su fuente de origen la electricidad puede ser industrial y atmosférica. La primera produce lesiones y la forma de muerte denominada electrocución y la segunda produce lesiones y la forma de muerte denominada fulguración.

Al hablar de electricidad industrial entendemos a la corriente eléctrica producida por los generadores y usinas y a la existente en la red domiciliaria como resultado de la transformación de aquélla.

La corriente es continua cuando el flujo de electrones se dirige siempre en el mismo sentido y es alterna cuando el flujo se dirige oscilante una vez en un sentido y otra vez en el opuesto (fase positiva y negativa). Una fase positiva y otra negativa se denomina ciclo; la cantidad de ciclos por segundo determina la frecuencia. Un período es el lapso entre dos valores iguales que corresponden a un valor que varía periódicamente. Los períodos de las corrientes alternas definen si es bifásica, trifásica o polifásica. En una corriente bifásica existe un conjunto de dos corrientes alternas con igual período e intensidad pero dispuestas que cada cuarto de período una tiene intensidad máxima y la otra nula. En la trifásica, cada tercio de período tres corrientes alternas tienen intensidades máximas y nulas.

2. MECANISMOS DE ACCIÓN

Debe recordarse que la corriente eléctrica será tanto más peligrosa cuanto mayor sea su intensidad y tensión y cuanto menor sea la resistencia del cuerpo.

Se analizarán estos elementos. La *fuerza electromotriz* o *tensión* eléctrica, es la diferencia de potencial existente entre los dos extremos de un conductor. Se mide en *voltios*. Según su voltaje las corrientes se clasifican en *baja tensión* hasta 120 voltios, *media tensión* de 120 a 1200 voltios, *ALTA TENSION* de 1200 a 5000 voltios y *tensión de megadistribución* de 5000 a 150.000 voltios o más. Las corrientes de baja tensión tienen como efecto preponderante la producción de fibrilación ventricular, las de media tensión tienen como efectos preponderantes la tetanización muscular general y respiratoria conjuntamente con la fibrilación ventricular (mecanismo combinado o mixto). Las de alta tensión tienen como efectos preponderantes la tetanización y el efecto electrotérmico y por último las de tensión de megadistribución tienen como efectos preponderantes la lesión de centros neurológicos bulbares y efecto electrotérmico.

256 | La *intensidad* es la cantidad o caudal de electricidad que pasa por un con-

ductor en una unidad de tiempo (un segundo); se mide en *amperios*. Por lo general se acepta que toda corriente eléctrica de 100 miliAmperios o más es prácticamente mortal. Corrientes de 10 a 25 miliAmperios pueden producir tetanización respiratoria, de 25 a 80 miliAmperios pueden producir tetanización muscular y fibrilación ventricular. Corrientes de 70 miliAmperios a 4 Amperios pueden producir directamente fibrilación ventricular, aunque debe considerarse si la corriente es continua ó alterna. A igual intensidad es más peligrosa la corriente alterna.

La *resistencia* es la oposición del conductor ofrecida al paso de la corriente y se mide en OHMIOS. En el organismo humano es la piel el elemento anatómico que actúa como barrera de resistencia natural. Para algunos autores la resistencia de la piel es de unos 30.000 a 40.000 Ohmios mientras que otros la estiman entre 12.000 a 14.000 Ohmios estando seca. Es mayor en los sitios anatómicos que presenta mayor grosor natural (palmas, plantas, callosidades, cuero cabelludo), estando disminuida cuando se encuentra húmeda (sudor) ó mojada.. Desciende a 500 Ohmios o incluso a cero Ohm cuando el cuerpo se halla sumergido (piletas, bañeras).

La Ley de OHM expresa que la intensidad de una corriente eléctrica es directamente proporcional a la tensión e inversamente proporcional a la resistencia:

$$I = \frac{V}{R}$$

La *conductividad* es la facilidad del conductor ofrecida al paso de la corriente eléctrica y se mide en MHO ó *siemens*. La electricidad sigue siempre al conductor de mayor conductividad (ó de menor resistencia). En el cuerpo humano es la sangre seguida en segundo término por los troncos nerviosos.

La Ley de *Joule* es: $Q = 0,24 \times I^2 \times t \times R$. El calor de una corriente en un conductor es proporcional al cuadrado de la intensidad, a la resistencia y al tiempo, por una constante (0,24). Se conoce como *efecto Joule* a que todo pasaje de una corriente eléctrica por un conductor genera calor (efecto electro-térmico). Ello es el mecanismo que explica la producción de la quemadura eléctrica.

3. CAUSAS DE MUERTE POR CORRIENTE ELÉCTRICA

Ninguno es único y excluyente, sino que como se mencionó anteriormente, existen efectos predominantes según los factores analizados:

- 1) Fibrilación ventricular,
- 2) Tetanización muscular general y respiratoria en particular,
- 3) Mixto; combinación de los dos anteriores,
- 4) Lesión de centros neurológicos bulbares,
- 5) Efecto electro-térmico.

4. FORMAS DE CONTACTO, ENTRADA Y PASAJE DE LA CORRIENTE

El organismo humano entra en relación con la corriente eléctrica por contacto directo con la fuente productora; o sin contacto directo con la fuente productora.

A) Contacto directo unipolar: el sujeto entra en contacto con un conductor, recibe la electricidad, atraviesa su cuerpo y la descarga a tierra (corriente derivada). Ej: Tocar un cable "pelado" o mal aislado de un artefacto eléctrico en funcionamiento.

B) Contacto directo bipolar: el sujeto entra en contacto estando ubicado entre dos conductores, recibe la electricidad, atraviesa su cuerpo y la descarga a tierra (cortocircuito). En el electro-shock y en la cardioversión eléctrica la corriente pasa de un conductor a otro atravesando el cuerpo interpuesto, pero no se produce la descarga a tierra porque está aislado.

C) Sin contacto directo con la fuente: Puede ser de varias maneras. En un caso, existe un conductor "accidental interpuesto" entre la fuente y el sujeto; generalmente un medio líquido como p. Ej. estando sumergido en una piscina se electrifica accidentalmente el agua; orinar sobre un perímetro metálico de seguridad electrificado. En otros casos, existe el denominado "arco eléctrico", por el cual la corriente alcanza el cuerpo sin que exista contacto directo de un modo que podría decirse similar como el que se produce por alcance de un campo magnético; p. Ej: Acercarse a una distancia de 1,5 cm de un cable conductor con 40.000 voltios o a 3,5 cm de uno de 100.000 voltios es suficiente para recibir la descarga eléctrica por "arco eléctrico" sin llegar a tocarlo.

5. ETIOLOGÍA

Las lesiones y muerte por electricidad industrial reconocen en su inmensa mayoría a las causales accidentales (laborales, domésticas, vía pública), siendo en forma comparativa sumamente infrecuentes las causales suicidas y podría considerarse excepcional a la causal homicida. Debe recordarse la variante de apremios ilegales o tortura que presenta características particulares. Por último, puede considerarse la variedad jurídica en los casos en que se utiliza como medio de ejecución de la pena capital a la "silla eléctrica" en algunos estados de los EE.UU.

6. LESIONES POR ELECTRICIDAD INDUSTRIAL

A nivel cutáneo existen básicamente la *lesión electroespecífica* y la *quemadura eléctrica*; y se hará una consideración especial a una forma particular de lesión cutánea por *pasaje microzonal*.

A) Lesión electroespecífica

(También denominada marca eléctrica o lesión de Jellinek) es la expresión morfológica lesiva de la puerta de entrada cutánea de la corriente al organismo. Puede ser bastante evidente macroscópicamente o bien pasar inadvertida; incluso puede estar ausente cuando la resistencia es cero. Por lo general, la lesión electroespecífica típica, clásica y característica no excede los 4-5 mm de diámetro, es ligeramente sobre-elevada con su centro deprimido, consistencia

indurada, tonalidad grisácea o grisáceo-amarillenta; pudiendo adoptar una configuración de tipo flictenular, con un halo rosado o rojizo periférico o estar recubierta por una costra serohemática.

A nivel histológico cutáneo o por medio de reactivos químicos puede evidenciarse la denominada *metalización* en la puerta de entrada por la presencia de partículas metálicas provenientes del elemento conductor depositados en los estratos epidérmicos. Se diferencian de las partículas incandescentes porque éstas se encuentran depositadas en la superficie cutánea sobre la capa córnea y no van más allá en el espesor malpighiano.

Si se estudia histopatológicamente una lesión electroespecífica pueden hallarse alteraciones características. En la capa córnea pueden observarse disposición laminillar, microcostras y pseudo-vesículas. En el estrato granuloso puede existir desorganización arquitectural celular con destrucción de células, edema y proyección de células a estratos más profundos de la epidermis. En el estrato espinoso puede hallarse desorganización arquitectural profunda, lisis celular con fenómenos coagulativos, disposición celular "vertical" en "haz de trigo" o "de empalizada" y hematíes intercelulares. En la capa basal puede observarse desorganización arquitectural con destrucción celular y disposición "vertical" con ruptura de la membrana basal y edema. En la dermis existe capilares congestivos, ectásicos y rotos con microhemorragias por extravasación; edema, desorganización, ruptura y "enrullamiento" de fibras colágenas y elásticas; y presencia de elementos aislados o en nidos de células proyectadas de los estratos superiores. Todas las lesiones descritas persisten aproximadamente entre 8 a 10 días a partir del momento de su producción.

B) Quemadura eléctrica

Es originada por efecto Joule. Clásicamente es una escara cutánea seca, negruzca, apergaminada e indurada; de bordes sobre-elevados netos o anfractuoso, no sangrante. Muchas veces presenta un defecto de sustancia central y crateriforme con agrietamiento y ruptura de los tejidos profundos por donde se pueden llegar a visualizar el plano subcutáneo, el plano muscular e incluso el plano óseo. No se deben confundir con las quemaduras por acción de la llama directa como por ejemplo si se incendian las vestimentas; las cuales tiene las características descritas en lesiones por calor.

Cuando se trata de pesquisar *lesiones por pasaje microzonal* en casos de apremios ilegales debe tenerse en cuenta que se puede hallar la lesión electroespecífica o la quemadura. Las zonas topográficas pueden ser de lo más variadas; generalmente pueden ser afectados la cara anterior del tronco, mamilas, aréolas y pezones, cara interna de muslos, genitales externos, ano, periné, miembros inferiores, cara mucosa de labios, mucosa gingival y conjuntival. Cualquier área topográfica puede haber sido comprometida. Debe tenerse en cuenta que para no dejar una lesión macroscópicamente detectable en la piel o bien para atenuarla y hacerla inadvertida al examen "de visu", se utilizan variados elementos interpuestos entre la piel desnuda y la punta del electrodo (picana) tales como géneros mojados en agua salada o cremas o ungüentos de base hídrica.

7. MUERTE POR ELECTRICIDAD INDUSTRIAL: ELECTROCUCIÓN

En el cadáver pueden presentarse las lesiones ya descriptas, o no, según las consideraciones hechas en cuanto a la resistencia de la piel. Entre los signos externos generales pueden existir cianosis cérvico-facial en casos que predominó la tetanización respiratoria (electrocutado azul) ó palidez del rostro en casos que predominó la fibrilación ventricular (electrocutado blanco). Frecuentemente se observa la salida de líquido seroespumoso rojizo por boca y nariz (falso hongo de espuma).

Entre los signos internos ninguno es patognomónico. Suele observarse congestión visceral generalizada. A nivel de serosas pleurales, pericárdica y en leptomeninges existe un petequiado sufusional hemático (manchas de Tardieu); también subconjuntival y subaponeurótico epicraneano. Intensa congestión y edema encefálico difuso siendo bastante característico la presencia de congestión y microextravasaciones hemáticas en el piso del IV° ventrículo. Invariablemente se observa congestión y edema agudo de pulmón. En el miocardio pueden existir disrupción de fibras, infartos isquémicos y hemorragias sub-endocárdicas. Cilindros de mioglobina en túbulos renales. Desmielinización de los grandes troncos nerviosos. En los huesos puede haber "perlas óseas", caracterizadas por fusión del tejido óseo por efecto electrotérmico. No es infrecuente observar lesiones contusas producidas por movimientos convulsivos agónicos y desplazamiento de miembros durante la tetanización.

En algunos casos no se produce la muerte apareciendo en la sobrevida signos secuelares.

Se ha descripto una larga lista de alteraciones siendo las más frecuentes las siguientes:

- a) *oftalmológicas*: conjuntivitis, queratitis, iridociclitis y cataratas;
- b) *psiquiátricas*: síndromes delirantes, maníacos y confusionales;
- c) *neurológicos*: hemiparesias, coreoatetosis, afasias, disartrias, disfonía, disfagia;
- d) *musculares*: distonías y atrofas;
- e) *cardiológicas*: trastornos de la conducción e infartos agudos de miocardio.

8. LESIONES Y MUERTE POR ELECTRICIDAD ATMOSFÉRICA (FULGURACIÓN)

La electricidad que se origina en la atmósfera puede producir una descarga entre dos nubes y generar un relámpago ó entre una nube y la tierra y generar un rayo. Este último, puede llevar una intensidad de hasta 22.000 Amperios, millones de Voltios y es capaz de producir un efecto Joule de hasta 20.000 grados centígrados. Se comprende fácilmente que la muerte es el destino obligado del infortunado sujeto que ha sido fulgurado de pleno, aunque ha habido casos de sobrevida con recuperación variable y presencia de mayor o menor cantidad de secuelas.

Pueden observarse lesiones electrodinámicas, electromecánicas y electro-térmicas; pero no lesión electroespecífica cutánea.

Las electrodinámicas están representadas por los mecanismos fisiopatológicos mortales por efecto propio de la electricidad, siendo similares a los ya descriptos para electricidad industrial. Las electromecánicas son contusiones, mutilaciones y heridas desgarradas como consecuencia de la acción de la masa de energía shockeante liberada por la magnitud de la caída del rayo y su efecto baro-

traumático. Finalmente, las electrotérmicas están ocasionadas por las quemaduras eléctricas y por la gran temperatura desarrollada por el rayo que puede llegar hasta la carbonización (efecto del calor, no electrotérmico).

Es clásico describir las "arborizaciones de Lichtenberg", cuasi-patognomónicas de la fulguración. Son lesiones de color rojo vinoso ó violáceo, de varios cms de longitud, de ancho milimétrico, lineales o ramificadas como un árbol de invierno. Serían atribuibles a vasoplejía por acción termo-eléctrica.

PARTE E) LESIONES POR CAÍDA, DEFENESTRACIÓN Y PRECIPITACIÓN

Autor: **José A. Patitó**

Reciben estas denominaciones las lesiones resultantes cuando el cuerpo choca contra el plano del piso luego de recorrer una altura determinada.

CAÍDA

Se aplica este nombre cuando el choque se produce desde la posición erecta o de sentado o desde el decúbito o sea que la altura es pequeña, nunca superior a la talla del individuo. La importancia de las lesiones dependen en gran parte de las características del plano del piso en cuanto a su textura, regularidad o irregularidad. Las lesiones que se observan son variadas revistiendo el carácter de las contusiones: equimosis, excoriaciones, hematomas y heridas contusas propiamente dichas. En ancianos pueden observarse fracturas especialmente de cráneo y de miembros inferiores.

DEFENESTRACIÓN Y PRECIPITACIÓN

son la resultante del choque del cuerpo contra el plano del piso desde una altura hasta los 50 metros en la defenestración y de más de esa cifra, en la precipitación. En estas circunstancias se observan lesiones cuyo estudio podría sistematizarse en la siguiente forma:

a) **Lesiones externas:** excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas contuso-cortantes, fracturas expuestas.

b) **Lesiones internas:**

b-1: *viscerales:* desgarros de pulmones, corazón, bazo, hígado, y estructuras musculotendinosas vasculares y nerviosas. A nivel craneal pueden observarse hemorragias meníngeas (extradural, subdural y subaracnoidea) acompañadas de contusión cerebral con o sin hematomas.

b-2: *fracturas:* craneales, vertebrales, costales, esternales, pelvis y de miembros, cerradas o expuestas. En algunas circunstancias la superficie corporal no presenta signo alguno de lesión traumática externa pero sí, fracturas múltiples por lo que en este caso el cuadro se describe como en "bolsa de nueces".

El término "jumping" utilizado en la literatura anglosajona se reserva cuando la precipitación es de tipo suicida y que se caracteriza por la serie de movimientos que el cuerpo realiza en el transcurso de su caída.

PARTE F) LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO TERRESTRE

Autor: **José A. Patitó**

Respecto de la causalidad de los accidentes de tránsito —cada vez más frecuentes e importantes— resulta práctico el esquema de Simonin que describimos sintéticamente a continuación:

1) *Causas atribuibles al conductor*: impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de las reglas de tránsito.

2) *Causas atribuibles a la víctima*: no observancia de las normas de tránsito.

3) *Causas atribuibles al vehículo*: falla mecánica.

4) *Causas atribuibles al camino, calle o ruta*: mal estado, ausencia de señales.

5) *Causas meteorológicas*: lluvia, neblina, etc.

Desde el punto de vista médico-legal interesa describir las lesiones en el peatón y en el conductor:

LESIONES EN EL PEATÓN

El agente lesionante es el vehículo siendo las lesiones resultantes del atropello o embestimiento que obedece a un mecanismo de producción sucesivo de choque, proyección, derribamiento, aplastamiento y arrastre desempeñando un importante papel la *aceleración brusca* que se experimenta en las dos primeras fases de este mecanismo.

Las lesiones que se producen son de carácter contuso tanto internas como externas en sus distintas variedades resultando particularmente destacables las lesiones producidas por el astillamiento de los vidrios y que ocasionan excoriaciones y heridas cortantes superficiales de carácter múltiple, y, las lesiones “de arrastre” sobre el pavimento de carácter excoriativo y apergaminado predominando en el tronco.

La descripción de las lesiones así como el lugar de asiento de las mismas es de enorme importancia médico-legal ya que a través de las mismas pueden establecerse hipótesis acerca de la mecánica del accidente y establecer las responsabilidades del conductor y de la víctima.

LESIONES EN EL CONDUCTOR Y/O ACOMPAÑANTES

En este caso es importante el papel de la *desaceleración* en la producción de las lesiones. El evento más común es el deslizamiento hacia delante con impacto contra la estructura vehicular y proyección del cuerpo hacia delante. Aquí también hay contusiones internas y externas siendo frecuentes las fracturas de cráneo con lesiones meningoencefálicas; fracturas costoesternales con contusión y desgarros por hilos pulmonares, de pleuras, pulmones, pericardio y corazón, y de aorta especialmente en la porción ascendente del cayado.

En los casos en que el vehículo sea embestido en su parte trasera por otro rodado, se produce una hiperextensión del cuello con retropulsión de la cabeza produciéndose luxación y fractura de las dos primeras vértebras cervicales que pueden acompañarse —de acuerdo a la magnitud del traumatismo— de contusión y/o sección medular denominándose a esta lesión “lesión en latigazo”.

PARTE G) LESIONES POR MORDEDURAS HUMANAS Y DE ANIMALES

Autor: **José A. Patitó**

Las mordeduras *humanas* reproducen las impresiones dentarias en forma de dos líneas curvas de aspecto equimótico-excoriativo mirándose por su concavidad. Aparecen en las zonas descubiertas o sea más fácilmente accesibles al autor siendo las zonas más vulnerables en este sentido los miembros superiores aunque se observan también, aunque con menor frecuencia, en mejillas, labios, nariz y pabellones auriculares y mamas, pudiendo revestir el carácter de *agresivas* o de *defensa*.

Las mordeduras de *animales* presentan aspectos múltiples pudiéndose situar en cualquier punto del cuerpo y su aspecto depende del animal que las provocó. Por ejemplo, en las mordeduras de perro se ve que la arcada dentaria es más estrecha que la del ser humano, posee dos incisivos más y las lesiones si bien tienen aspecto equimótico-excoriativo como en la anterior, pueden agregarse, de acuerdo a la violencia del traumatismo, lesiones contuso-cortantes así como excoriaciones y equimosis.

PARTE H) LESIONES POR EXPLOSIÓN

Autor: **José A. Patitó**

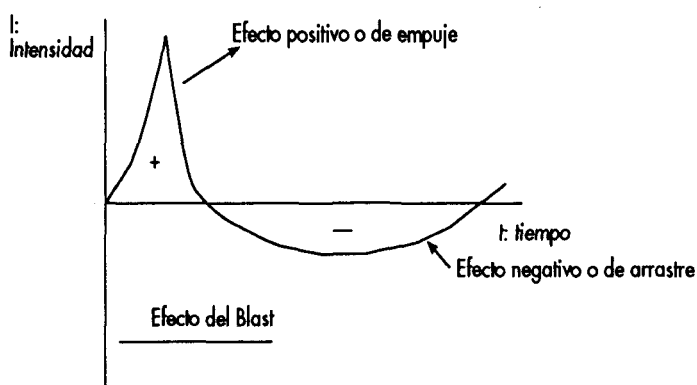
A las lesiones por explosión se las conoce también como lesiones por "blast" (Blast injury). La explosión consiste en una brusca liberación de energía en sus múltiples formas. En nuestro medio Bonnet, remitiéndose a Thoinot y Brouardel dice que la explosión es "la ruptura de recipientes que contienen vapores o gases comprimidos o bien la transformación química brusca de sustancias con producción de gases".

Las lesiones producidas por la explosión son debidos al:

- 1) efecto de la onda explosiva (blast effects);
- 2) contusiones provocadas por los proyectiles del artefacto explosivo y por los objetos destruidos y que impactan sobre el cuerpo de la víctima (edificios, muebles, etc.);
- 3) quemaduras provocadas por el calor de la explosión y que corresponde a una de las formas de la energía liberada.

Nos referiremos a las lesiones por *Blast* ya que las lesiones enumeradas en los puntos 2) y 3) son estudiadas en otras partes de este capítulo.

La *onda expansiva* (blast) tiene sucesivamente un efecto positivo y otro negativo. el primer efecto *positivo* o de *empuje* consiste en un brusco desplazamiento de aire, agua o elementos sólidos —de acuerdo al lugar en que se produzca la explosión—, mientras que el segundo efecto es *negativo*, de *succión* o de *arrastre* que gráficamente podemos representarlo de la siguiente forma en la que se ve que el efecto *positivo* es *intenso* pero de *corta* duración en contraste con el efecto *negativo* que es menos intenso pero es de *mayor* duración:



Los dos efectos producen lesiones que tienen caracteres propios siendo más lesiva la onda *positiva*.

Se puede clasificar al *blast* el medio en que se produce la explosión y según el efecto lesivo:

a) según el medio en que se produce la explosión el *blast* puede ser: *aéreo*, *acuoso* o *terrestre*, según la onda explosiva desplace aire —el más común—, agua o elementos sólidos como puede ocurrir en una mina.

b) según las lesiones que se producen, las formas más comunes y frecuentes de *blast* son las siguientes:

- b-1: blast pulmonar;
- b-2: blast auditivo;
- b-3: blast neurológico;
- b-4: blast abdominal;
- b-5: blast ocular;
- b-6: blast psiquiátrico.

Existe una relación entre el tipo de *blast* y las lesiones producidas. En efecto, el *blast aéreo* produce lesiones en órganos que tienen importante componente gaseoso como pulmones (blast pulmonar) y el oído medio (blast auditivo). en el primer caso la onda determina una necrosis hemorrágica del parénquima pulmonar pudiéndose producir la muerte por un mecanismo asfíctico mientras que en el blast auditivo si bien resulta de difícil comprobación en la autopsia, los individuos que han sobrevivido a una explosión pueden presentar como secuela hipoacusia o pérdida total de la audición.

En el *blast acuoso* la explosión desplaza importante masa de agua. En este caso los órganos más afectados son los que tienen predominio de este componente tal como el tracto gastrointestinal.

Así puede observarse hemorragias subserosas y en la mucosa, y perforaciones en el borde antimesentérico de las asas intestinales. En sobrevivientes puede sobrevenir como complicación una peritonitis.

Aunque en el *blast acuoso* son predominantes las lesiones gastrointestinales pueden observarse también lesiones pulmonares similares a la del *blast aéreo* por transmisión de la fuerza de la onda explosiva a través del diafragma.

El *blast terrestre* de menor frecuencia se produce cuando la onda expansiva se transmite por un medio sólido —minas, edificios—. Aquí las lesiones se verifican en la estructura ósea pudiéndose entonces observar fracturas de la más diversa forma y configuración: si el sujeto está de pie en los miembros inferiores mientras que si está sentado las fracturas se presentan a nivel de la columna.

PARTE I) LESIONES POR APLASTAMIENTO

Autor: José A. Patitó

Son las producidas por la compresión ejercida sobre el cuerpo por dos superficies activas o por una activa y otra pasiva. En de naturaleza accidental, sucede frecuentemente en los accidentes de tránsito y en caso de desmoronamiento de estructuras sólidas. En esta situación los miembros de la víctima o una parte de la estructura corporal sufren importante compresión originándose fracturas y atricción de las partes blandas existiendo a veces, contraste entre las importantes lesiones internas y las escasas lesiones externas. Si resulta afectada alguna cavidad se producen estallidos, desgarros y hemorragias que son las que llevan a la muerte si es que no se produce antes debido al shock traumático.

En los aplastamientos en que se produce una importante afectación de partes blandas especialmente a nivel de los miembros inferiores se produce el denominado *síndrome de compresión* o *crush syndrome* observándose intensos fenómenos necrótico-hemorrágicos en el tejido celular subcutáneo y masas musculares. La destrucción del tejido muscular hace que la mioglobina liberada supere la barrera renal y aparezca en orina denominándose a este cuadro "*miopatía mioglobinúrica*", indicación de lesión muscular grave.

PARTE J) LESIONES POR CAMBIOS O VARIACIONES DE LA PRESIÓN ATMOSFÉRICA

Autor: José A. Patitó

Las lesiones resultantes de cambios en la presión atmosférica reciben el nombre genérico de *barotraumas*.

Las variaciones de la presión que ocasionan lesiones pueden ser en más o en menos recordando que a nivel del mar la presión atmosférica de 1 atmósfera o sea el equivalente 1,036 kg/cm².

Las características de las lesiones dependen del medio en que se producen: líquido, aéreo o terrestre.

—En el medio líquido es de observación en operarios que realizan su trabajo a grandes profundidades recibiendo el nombre de "mal de los buzos". El momento crítico de esta situación es cuando se produce el regreso a la superficie siendo esencial el tiempo en que se produce para evitar una descompresión brusca. Si los tiempos tabulados para cada caso no son respetados y la persona es izada en forma rápida, la solubilidad de los gases de la sangre disminuye en forma casi instantánea produciéndose la formación de burbujas gaseosas siendo el más activo el nitrógeno originándose embolias gaseosas. Las lesiones pueden ser *leves*: sensación de vértigo, diplopia, cefaleas, náuseas, vómitos, y dolores articulares y en la región de los senos paranasales. La forma *grave* de este síndrome con posibilidad de llevar a la muerte se caracteriza por disnea, disartria, amaurosis, trastornos neurológicos y coma.

En la forma crónica se pueden instalar una osteoartritis conocida como "osteonecrosis barotraumática".

—En el medio aéreo los efectos son debidos a la disminución de la tensión de oxígeno conociéndose este cuadro como "apunamiento". Se caracteriza por cefalea, vértigo y trastornos auditivos observándose en las formas graves y especialmente en niños, edema agudo pulmonar y membrana hialina.

—En el medio *terrestre* el cuadro se observa en operarios que desarrollan su trabajo a grandes profundidades como mineros debiéndose tomar todos los recaudos para equilibrar la presión atmosférica cuando se produce el retorno a la superficie para evitar una brusca descompresión conociéndose el conjunto de signos y síntomas en estas circunstancias como "enfermedad de Poll y Watelle".

Capítulo 4 — LAS LESIONES SEGÚN SU EVOLUCIÓN

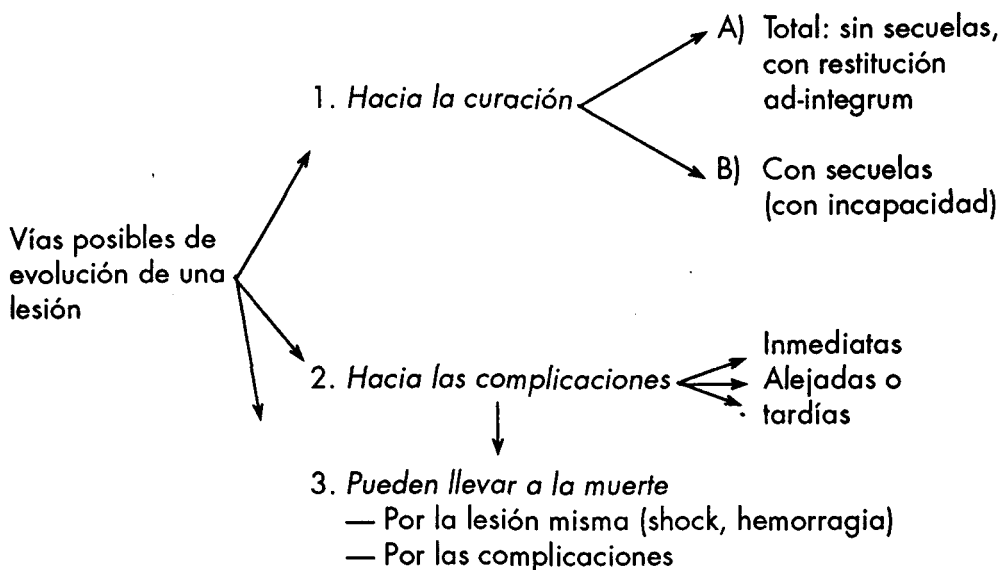
José A. Patitó

Una vez producidas, las lesiones pueden seguir un curso variable. si bien biológicamente la evolución sigue un curso único, es distinta la valoración que se hace de ella según se la considere en el ámbito penal, civil o laboral.

En efecto, en el fuero penal una lesión puede, en un principio, ser grave pero puede complicarse e incluso llevar a la muerte por lo que en el caso de haber sido provocadas, se pasaría del delito de *lesiones* al de *homicidio*.

En el fuero civil y laboral interesa la evolución de una lesión en su etapa final es decir cuando se considera que ya no puede empeorar ni mejorar porque en ese momento debe establecerse qué grado de incapacidad provoca en el sujeto para graduar el monto de la indemnización.

Desde esta perspectiva las lesiones pueden tener la evolución que se muestra en el siguiente cuadro:



Capítulo 5 — LAS LESIONES SEGÚN LOS CARACTERES DE VITALIDAD

José A. Patitó

Constituye un problema frecuente en patología Forense durante la práctica de la autopsia médico-legal el establecer con precisión si una lesión fue causada antes o después de la muerte o dicho con otras palabras si las lesiones presentan o no caracteres de vitalidad. Son muchos los casos en que la diferencia es esencial para determinar la causa y el mecanismo de la muerte.

Legrand Du Saulle estableció la diferencia macroscópica entre las lesiones vitales y postmortem como se ve en este cuadro.

	<i>Lesión vital</i>	<i>Lesión postmortem</i>
1) bordes de la herida	engrosados, con infiltración hemática retraídos por la acción de las fibras elásticas	no engrosados, aproximados y no retraídos
2) área circundante	con intenso infiltrado hemático	sin infiltración hemática
3) fondo y bordes	con sangre coagulada	sin sangre coagulada

El diagnóstico es relativamente fácil para las lesiones producidas bastante tiempo antes o después de la muerte y no así para las lesiones que se producen muy cercanas a la muerte, tanto antes como después. Tan es así que Tourdes estableció la existencia de un *período de incertidumbre diagnóstica* de seis horas antes y después de la muerte. En los últimos años han existido esfuerzos tendientes a disminuir este período de incertidumbre y a la vez que se determina la vitalidad de las lesiones se tiende a establecer la data de la lesión.

Los métodos utilizados para establecer la vitalidad teniendo como base los elementos macroscópicos clásicos expuestos en el cuadro precedente son los siguientes:

1) *Elementos microscópicos*: dentro de éstos se tienen en cuenta la reacción leucocitaria, la desintegración de los glóbulos rojos, los cambios en la hemoglobina (hemosiderina, hematoïdina), la neoformación vascular y la proliferación del tejido conectivo.

2) *Actividad enzimática*: el estudio de la actividad enzimática se basa en que las alteraciones morfológicas de la respuesta inflamatoria están precedidas por la actividad enzimática que puede detectarse a través de métodos de inmunohistoquímica. Aparecen en las lesiones vitales habiéndose establecido la siguiente secuencia:

<i>Esterasa</i>	a los 10 minutos de producida la lesión
<i>Fosfatasa</i>	1 después de producida la lesión
<i>Fosfasa alcalina</i>	3 "
<i>Leucinaminopeptidasa</i>	3 "

ADN polimerasa	4	"
ARN polimerasa	4	"

3) *Marcadores bioquímicos*: Su empleo ha podido reducir aun más el período de incertidumbre. Entre estos marcadores se encuentran la histamina, la serotonina y la noradrenalina.

Como conclusión puede decirse que con la aplicación de los marcadores enzimáticos y bioquímicos se ha logrado reducir notoriamente el *período de incertidumbre* de Tourdes. No podemos dejar de señalar que este diagnóstico resulta dificultoso en las lesiones producidas inmediatamente antes o inmediatamente después de la muerte y que este diagnóstico es aun más dificultoso cuando la autopsia se realiza mucho tiempo después de la muerte pues a los fenómenos lesivos se le superponen los fenómenos de la descomposición cadavérica debiéndose tener especial cuidado en discriminar ambos procesos ya que la putrefacción distorsiona la histoarquitectura dificultando especialmente la observación y posterior interpretación de los hallazgos microscópicos.

LIBRO XII

CRIMINALÍSTICA

José A. Patitó
Alicia Sotelo Lago

DEFINICIÓN. CLASIFICACIÓN

La Criminalística es una disciplina que a través de técnicas y procedimientos especiales trata de establecer la identidad de las personas.

Entendemos como identidad "al conjunto de caracteres que hacen que una persona sea igual a sí misma y diferente a las demás".

De acuerdo a las técnicas y elementos utilizados existe la Criminalística o identificación policial y la Criminalística o identificación médico-legal.

CRIMINALÍSTICA POLICIAL

A través de esta disciplina se trata de establecer la identidad de las personas o de cadáveres a través de diversos procedimientos entre los que se encuentran métodos no científicos y científicos. Entre los primeros se recurre a la descripción de rasgos morfológicos como tatuajes, cicatrices, malformaciones y deformaciones.

dentro de los métodos científicos de la identificación policial se hallan los métodos fotográficos, el retrato hablado y las técnicas *dactiloscópicas*. Dentro de estas últimas es de destacar que en nuestro medio se utiliza el método de Vucetich.

CRIMINALÍSTICA MÉDICO-LEGAL

Esta parte de la Criminalística tiene como objetivo la identificación de las personas a partir del cadáver, de restos humanos o de material biológico pudiendo estar constituido este último por sangre, esperma, saliva, calostro, orina, pelos o huesos.

Es necesario distinguir *huellas* de *rastros* siendo las primeras "las marcas o señales del paso de un ser humano o de un animal", por ejemplo huellas dactilares o mordeduras mientras que *rastro* es "todo resto indiciario de un hecho doloso o accidental" como pueden ser manchas de sangre o esperma o cabellos.

La criminalista médico-legal dispone de técnicas cuya aplicación dependerá de las circunstancias y objetivos que se persiguen.

Con fines didácticos agruparemos las técnicas de que se disponen de la siguiente manera:

- A) Radiología.
- B) Odontología.
- C) Estudio de las manchas.
- D) Estudio de pelos y cabellos.
- E) Estudio de los huesos.
- F) Prueba de compatibilidad inmunogenética.

A) RADIOLOGÍA FORENSE

Dentro de estos métodos se halla el método fronto-sinusal y el cráneo-selar o test de Voluter. El primero consiste en el análisis de los senos frontales basándose en su desarrollo mientras que el segundo parte de la base de que la silla turca aumenta de tamaño rápidamente hasta los cinco años, siendo luego el crecimiento más lento estableciéndose una relación entre la edad del sujeto y la dimensiones de la silla.

La identificación individual a través del estudio radiológico en cadáveres o restos óseos se efectúa a partir de la comparación con estudios aportados por familiares y las radiografías del material de estudio en la que tratará de establecerse la correspondencia entre eventuales secuelas de fracturas, malformaciones o prótesis.

B) ODONTOLOGÍA FORENSE

Resulta de inapreciable valor el aporte de esta disciplina en la identificación de cadáveres y de restos óseos en casos de catástrofes. Para ello es necesario la comparación de los hallazgos con las Fichas Dentarias de las víctimas. La Ficha Dentaria es la representación gráfica y detallada de las características anatómicas normales, de particularidades traumáticas, patológicas, protésicas, anomalías profesionales, hábitos y facsímiles, realizados por profesionales para restaurar las piezas dentarias.

C) Y D) MANCHAS, PELOS Y CABELLO

El estudio de manchas (de sangre, esperma, calostro, leche, líquido amniótico, meconio, orina y saliva) de pelos y cabellos tienden a demostrar la naturaleza de los materiales que se hallan, su pertenencia a la especie humana y, si el material lo permite, establecer la correspondencia con determinado individuo o cadáver.

Las técnicas y métodos utilizados son resorte del Laboratorio de Criminalística por lo que para un conocimiento detallado del tema nos remitimos a los textos de la especialidad.

E) ESTUDIO DE ELEMENTOS ÓSEOS

Algunos autores denominan parte de la Criminalística "Antropología Forense Física" u "Osteología médico-legal". Consiste en el estudio de los restos óseos con el fin de establecer la pertenencia a determinado individuo o sea su *identidad*.

En este sentido ante el hallazgo de este tipo de material existe una metodología tendiente a los siguientes objetivos.

- E-1) identificación;
- E-2) data de la muerte;
- E-3) causa de la muerte.

E-1) Identificación ósea

La identificación se hace a través de los diagnósticos de *compatibilidad*, *probabilidad* y de *identificación personal*.

• **Diagnóstico de compatibilidad:** Consiste en determinar la especie, raza, talla, edad y sexo.

— **Determinación de la especie:** se trata de saber si el material hallado corresponde a la especie humana a través del índice medular o de Profichet y el estudio histológico.

El índice medular o total de Profichet es la relación entre el diámetro mínimo del canal medular y el diámetro mínimo de la diáfisis de los huesos largos. su valor está entre 0.45 y 0.48 en el humano siendo siempre superior a 0.50 en la especie animal.

El estudio histológico del hueso demuestra que la disposición de los canales de Havers es paralela al eje mayor del hueso en los humanos mientras que dicha disposición es irregular u oblicua en las otras especies.

— **Determinación de la raza:** se hace con cráneo a través de la determinación de los índices *cefálico* y *prognático*.

El índice craneal o cefálico de Broca resulta de la relación entre el diámetro transverso y anteroposterior máximos:

$$\frac{\text{Diámetro transverso máximo}}{\text{Diámetro anteroposterior}} \times 100 = \text{índice cefálico}$$

A través de este índice se establecen las siguientes posibilidades:

<i>Tipo de cráneo</i>	<i>Índice cefálico</i>
dolicocéfalo	75 o menos
subdolicocéfalo	75 a 77
mesaticéfalo	77 a 80
sub-braquicéfalo	80 a 83
braquicéfalo	83 o más

El *prognatismo* es la prominencia del maxilar inferior variable según las razas. llamado también prognatismo alveolosubnasal, está determinado por el ángulo que forman los planos determinados por la bóveda palatina y la porción alveolar o vertical del maxilar superior, siendo los valores para la raza blanca, amarilla y negra de 80, 75 y 60 grados respectivamente.

— **Determinación de la talla:** a través de los huesos puede determinarse la talla según se trate, antes o después del nacimiento.

Determinación de la talla antes del nacimiento: esta situación puede darse cuando se produce el hallazgo de restos óseos producto de un aborto criminal. Se recurre a las fórmulas de Balthazard y Dervieux que establecieron que la talla crece proporcionalmente a la longitud de la diáfisis a partir del momento en que la osificación ha comenzado, es decir, cuando el feto ha alcanzado 8 cm de longitud. En conocimiento de la longitud de la diáfisis de los huesos largos puede determinarse la talla de la siguiente forma:

long. diáfisis femoral $\times 5.6 + 8 \text{ cm} = \text{talla}$

long. diáfisis tibial $\times 6.5 + 8 \text{ cm} = \text{talla}$

long. diáfisis humeral $\times 6.5 + 8 \text{ cm} = \text{talla}$

Con un cálculo adicional se puede establecer la edad gestacional como veremos más adelante.

Determinación de la talla después del nacimiento: se recurre a tablas en las que a partir de la longitud de un hueso largo se establece la talla. Las tablas más utilizadas son las de Orfila, Manouvrier y Rollet.

— **Determinación de la edad:** Al igual que en la determinación de la talla, puede hacerse antes o después del nacimiento.

Determinación de la edad antes del nacimiento:

a) *Método empírico:* se recurre a la talla sabiendo que en la primera mitad del embarazo, la edad en meses es la cifra que elevada al cuadrado expresa la talla. Por ejemplo, a un feto de 16 cm de talla le corresponderá una edad gestacional de 4 meses. En la segunda mitad del embarazo, la talla dividida por la constante 5 nos dará la edad gestacional en meses.

b) *Fórmulas de Balthazard y Dervieux:* la talla obtenida a través de la fórmula antes señalada, multiplicada por la constante 5.6 nos dará la edad gestacional en días.

c) *Puntos de osificación:* existen tablas en las que se establece secuencialmente mes a mes la aparición de los puntos de osificación primitivos prenatales. Resulta de particular interés en el noveno mes de embarazo el punto de osificación en la epífisis distal del fémur llamado *Punto de Beclard*. Este punto aparece en el último mes del embarazo. En el cadáver reciente tiene un color rojo que se destaca sobre el fondo blanquecino del cartílago.

Determinación de la edad después del nacimiento: se puede realizar a través de los siguientes elementos:

a) *Suturas craneales:* la cronología de las suturas craneales sirve a este fin teniendo los siguientes valores:

sutura medio frontal: entre los 2 y 8 años;

sutura coronal o frontoparietal:

tercio interno y medio: entre 40 y 60 años;

tercio externo: entre 30 y 40 años.

sutura sagital o biparietal:

tercio anterior: entre 40 y 50 años;

tercio medio: entre 20 y 40 años;

tercio posterior: entre 30 y 40 años.

sutura escamosa o temporoparietal: entre 30 y 60 años

sutura lamboidea o parietooccipital: después de los 50 años.

b) *Erupción dentaria:* existe una dentición temporaria y otra definitiva o permanente:

a. dentición temporaria (20)

incisivos (8)

entre 6 y 12 meses

primeros molares (4)

entre 12 y 18 meses

caninos (4)

entre 18 y 24 meses

segundos molares

entre 24 y 30 meses

b. dentición definitiva (32)

primeros molares (4)

entre 4 y 6 años

incisivos (8)	entre 6 y 8 años
primeros molares (4)	entre 9 y 10 años
caninos (4)	entre 9 y 13 años
segundos molares (4)	alrededor de los 12 años
terceros molares (4)	entre los 15 y 25 años

c. **Sínfisis pubiana:** la determinación de la edad a través del estudio de la conformación de la sínfisis pubiana se basa en la metamorfosis que regularmente experimenta a partir de la pubertad, a través de su estructura se ha establecido la siguiente secuencia de cambios histológicos por los cuales puede establecerse la edad:

- hasta los 20 años está constituida por tejido fibroso;
- entre 20 y 22 años aparecen puntos de osificación;
- entre 22 y 24 años comienza la fusión de los puntos de osificación;
- a partir de los 30 años comienza a detectarse tejido óseo.
- a partir de los 40 años está casi totalmente constituida por hueso.

— **Determinación del sexo:** Puede determinarse a partir del cráneo y pelvis.

	Varón	Mujer
a) Cráneo		
volumen	generalmente mayor de 1300 c.c.	generalmente menor de 1300 c.c.
apófisis mastoides	rugosas	poco pronunciadas
arcos superciliares	pronunciados	suaves
cóndilos occipitales	largos y dilatados	anchos y cortos
peso maxilar inferior	80 gramos o más	menos de 80 gramos
b) Pelvis		
sacro	alto y estrecho	bajo y ancho
pelvis menor	menos espaciosa	ancha y espaciosa
sínfisis	más de 50 mm	menos de 45 mm
cuerpo del pubis	alto	ancho
crestas ilíacas	S itálica pronunciada	poco sinuosa
arco pubiano	ángulo de menos de 70 grados	ángulo de más de 110 grados

• **Diagnóstico de probabilidad:** en este paso se tratará de establecer si los huesos hallados corresponden a un determinado individuo para lo cual deberá disponerse de datos —aportados por los familiares— referidos a alguna particularidad de la estructura ósea como ser fracturas antiguas, prótesis, anomalías, procesos degenerativos y todo otro signo de igual significación.

• **Identificación individual:** la determinación de la identidad puede hacerse por:

a) *utilización del método de superposición de imágenes fotográficas de frente y perfil* de cráneo con radiografías del cadáver en la que se buscará la coincidencia de puntos específicos como arcos superciliares, línea de unión del frontal con huesos nasales; rebordes orbitarios y ubicación de la pupilas en las cavidades orbitarias, entre otros.

b) *pruebas de compatibilidad inmunogenética:* este tema se considera en la última parte de este capítulo a la que nos remitimos.

E-2) Data de la muerte

Pueden utilizarse criterios morfológicos o químicos. Desde el punto de vista morfológico es útil recurrir al esquema de Mueller mencionado por Gisbert Calabuig. Los valores que se dan son sólo referenciales, válidos para cadáveres hallados en tierra, debiendo tenerse en cuenta que existen factores endógenos y exógenos que hacen que los procesos de transformación cadavérica varíen notoriamente de un lugar a otro:

- 1) desaparición de las partes blandas de 3 a 4 años después de la muerte;
- 2) desaparición de cartílagos después de los 5 años;
- 3) desaparición de la grasa intraósea entre los 5 y 10 años;
- 4) comienzo de la destrucción ósea después de los 10 y 15 años.

El método bioquímico se basa en el hecho del cambio de la composición química sabiendo que la parte orgánica del hueso experimenta fenómenos putrefactivos mientras que la parte inorgánica, al estar el hueso en contacto con la tierra sufre modificaciones puesto que en el momento de la muerte el contenido mineral llega hasta el cincuenta por ciento pudiendo llegar hasta alrededor del setenta por ciento a través del transcurso de los años.

E-3) Causa de la muerte

Es muy difícil establecer la causa de la muerte a través del estudio de los restos óseos. Podrá hacerse sólo una presunción que deberá cotejarse con otros hallazgos, en el caso de que se hallen fracturas múltiples o que exista dentro del cráneo un proyectil y lesiones compatibles con orificios de entrada de proyectiles de arma de fuego.

F) PRUEBA DE COMPATIBILIDAD INMUNOGENÉTICA

Autora: **Alicia Sotelo Lago**

1. Introducción

La medicina legal es el área de la medicina en la que impactan fenómenos sociales de envergadura como: la creciente demanda de justicia, el aumento de la violencia urbana, el valor progresivo que adquiere el derecho a la identidad y el reclamo de garantías procesales cada vez más rigurosas que exigen mayor valor científico a las pruebas aportadas.

En toda su historia, la medicina legal contempló a la identificación como uno de sus principales desafíos.

La individualización, esa medida que permitiera expresar a través de una característica o un grupo de ellas que aquél que encontramos o su rastro biológico, es quien pretendíamos identificar, progresó en el contexto del avance general de la ciencia biomédica.

Las modalidades tradicionales de identificación basadas en el reconocimiento físico, las medidas antropométricas, las comparaciones antropológicas, la detección de estigmas, los exámenes odontológicos y radiológicos y la sistematización de las huellas dactilares con su irremplazable aporte de certe-

za., han demostrado su utilidad a lo largo de muchos años y mantienen su vigencia.

La ciencia forense recurrió también a la genética con finalidad identificatoria desde que fue posible aplicarla y transita a través de ella el camino hacia una certeza equiparable a las de las huellas dactilares.

Mientras diversas áreas de la medicina recibieron los beneficios de la investigación genética para evaluar el riesgo relativo para padecer ciertas enfermedades, predecir su expresión clínica e incluso, últimamente y en ciertos casos, ensayar terapias génicas, la medicina legal avanzó hacia una identificación más certera; primero con la determinación de los grupos sanguíneos, más adelante también con el análisis de ciertas proteínas plasmáticas y enzimas eritrocitarias y después con la caracterización del sistema mayor de histocompatibilidad, sistemas biológicos estos que, salvo el primero que se aplicó también a la criminalística, contribuyeron a dar mayor confiabilidad exclusivamente en los casos de filiación.

El lugar que se han ganado las *pruebas de compatibilidad inmunogenética* en los casos de filiación, abuelismo, derechos hereditarios e investigación criminal se debe a las características de la prueba. Tal vez, la más importante sea la seguridad con que se muestran los resultados y sus conclusiones. Cuenta también con la opinión unánime de la comunidad científica internacional y antecedentes en Cortes y Tribunales de todo el mundo.

Otros elementos que hacen que la prueba sea valedera e inobjetable desde el punto de vista científico son los siguientes:

- 1) el material que se necesita es, en la mayor parte de los casos, sangre periférica obtenida por simple punción de una vena;
- 2) la extracción es inocua;
- 3) no se inyecta ninguna sustancia ni compuesto químico;
- 4) la teoría genética respecto a los antígenos de histocompatibilidad y del polimorfismo del A.D.N. ha pasado la prueba experimental;
- 5) los métodos de detección, ensayo y análisis son controlables y repetibles por distintos grupos de trabajo y en laboratorios diferentes;
- 6) las técnicas que integran la *prueba de compatibilidad inmunogenética* son distintas para cada marcador siendo éste el motivo por el cual *no puede duplicarse un error* porque la localización en los cromosomas, de los marcadores utilizados, se ubican en lugares distintos.

Dada la trascendencia e importancia del estudio molecular del polimorfismo del A.D.N. nos extenderemos sobre este tema.

2. Estudio molecular del polimorfismo del A.D.N.

La tecnología desarrollada en torno al ADN generó numerosos marcadores moleculares para diversos propósitos.

En ese marco, la tipificación de polimorfismos del ADN, permitió definir un recurso que expresaría un logro científico cuya potencial especificidad individual redimensionó el aporte de las pruebas biológicas destinadas a identificación.

En 1977 comenzaron a desarrollarse las técnicas para secuenciar los mensajeros químicos del ADN y sabemos hoy que los genes de los organismos superiores no pueden ser definidos como hileras continuas de bases que formarán parte

de un mensaje genético. Sucede que dentro de un gen los trozos que emiten mensajes expresables en el fenotipo están intercalados con otras áreas de ADN que no transmiten información para sintetizar proteínas y que constituyen cerca del 90% de la totalidad del genoma. Estas secuencias llamadas intrones pueden desempeñar otras funciones y demuestran características que son capaces de definir la identidad biológica de una persona con una altísima confiabilidad.

Las recompensas de la tecnología del ADN recombinante son numerosas y diversas en la medicina en general. En el terreno específico de la medicina legal, el aporte ha sido contundente ya que los sectores silenciosos de los genes, es decir aquellos que no codifican mensajes, observan una organización denominada *secuencias repetitivas* que permiten individualizar a los seres humanos con una precisión hasta ahora desconocida si se exceptúan las huellas dactilares.

La cantidad de repeticiones de estas secuencias varía interindividualmente, a los *locus* donde se encuentran se los llama *sitios polimórficos* y su forma de transmisión hereditaria es la *mendeliana codominante*.

La investigación a un mismo tiempo de varios sitios polimórficos dispersos en el genoma, evidenciará un número variable de repeticiones para cada uno de ellos. La reunión de los distintos polimorfismos provenientes de padre y madre, tipificados en un individuo, constituye el perfil genético personal que así definido por la metodología apropiada posee una capacidad discriminativa altísima para distinguir individuos diferentes. Esta cualidad convierte a las tecnologías basadas en la tipificación de polimorfismos del ADN en paradigmas de identificación médico-legal asimilables a las huellas dactilares, de allí la denominación de "*huellas digitales genéticas*" que en ocasiones se utiliza para designar a este sistema de investigación de la identidad.

También el ADN mitocondrial ha brindado importantes expectativas a varias áreas de la medicina. Las mitocondrias del citoplasma poseen un genoma propio que por características de tamaño y conformación ha sido totalmente secuenciado.

El ADN mitocondrial codifica información para algunos componentes de la cadena respiratoria y demuestra la existencia de una región bien localizada ("D-loop region") donde no se ha comprobado función de código alguna. Las variedades polimórficas residen en las mutaciones que se producen en esa zona no codificante y acreditarán exclusivamente linaje materno.

El genoma mitocondrial se hereda exclusivamente por vía materna a través del ovocito y al no sufrir recombinación ofrece desde hace años un sustrato preferencial para los estudios de genética poblacional y evolución de comunidades raciales.

En Febrero de 1987, en Nueva York, una pequeña niña y su madre de origen hispánico fueron asesinadas. La policía busca testigos entre los vecinos del mismo piso y mientras interrogaba a uno de ellos, un hombre joven del mismo origen racial de las víctimas, observó dos diminutas, casi imperceptibles manchas en su reloj pulsera que se sospechó podrían ser de sangre. Las investigaciones consistentes en tipificación de ADN permitieron encontrar en el material biológico de esas manchas el patrón genético de una de las víctimas. El caso Castro, así se denominó, fue uno de los primeros paradigmas no solo por la posibilidad de utilizar un recurso identificatorio de gran certeza como el ADN en una muestra tan pequeña sino también porque dio lugar a un intenso y pro-

longado debate sobre las pautas que de no ser observadas invalidan estos estudios como prueba en juicio.

El gobierno de Gran Bretaña, trece años atrás, prohibió al hijo de una mujer guineana residente allí desde mucho tiempo antes, ingresar a Inglaterra aduciendo la ausencia de ese parentesco biológico. Mediante las pruebas genéticas para determinar filiación a través de los polimorfismos de ADN consiguió reunirse con su hijo después de prolongadas y reiteradamente denegadas gestiones. Estos sucesos forman parte de los momentos iniciales de la introducción de una poderosa herramienta biológica en el sistema legal para atribuir identidad. La aceptación como prueba en juicio de los estudios de ADN en EE.UU y parte de Europa data de finales de la década de los años 80.

Las técnicas de tipificación de ADN destinadas a investigar filiación biológica empezaron a convertirse gradualmente en las habituales, en Argentina, desde 1990. A partir de aquél momento, se sumó todavía más certeza a un rango ya muy alto conferido por la caracterización del Sistema Mayor de Histocompatibilidad (HLA) y se fortaleció así, para la ciencia forense un recurso raras veces apelable cuando se trata de decidir la pertenencia de una persona a un grupo biológico.

La destrucción de la Embajada de Israel en Buenos Aires, ocurrida en marzo de 1992, a causa de una explosión provocada, fue la ocasión en que, por primera vez en nuestro país, se practicaron estudios de ADN destinados al reconocimiento de restos humanos.

Dos años transcurrieron hasta que un atentado terrorista derrumbó el edificio de la Asociación de Mutuales Israelitas (AMIA) y provocó ochenta y cinco víctimas mortales. Entre los restos y cadáveres se obtuvieron setenta y cuatro muestras de tejido cadavérico, sobre las que se describieron polimorfismos del ADN ante las dudas que ofrecía su identificación. Este acontecimiento figura entre los primeros casos en los que, según la literatura médica, se practicó investigación de ADN en una catástrofe colectiva.

La tecnología del ADN, con su desarrollo actual provee, potencialmente, un margen de probabilidad superior al 99.999.....%, que corresponde a razones de verosimilitud tales que permiten expresar una certeza en el diagnóstico de identificación cada vez más elevada.

Sin embargo, las técnicas fundamentadas en la tipificación de ADN y las conclusiones a las que estas pueden conducir, no han estado exentas de discusión ni cuestionamiento.

A diferencia del procedimiento de individualización por huellas dactilares, los resultados generados por la aplicación de la metodología molecular a la investigación identificatoria, presentan un margen de incertidumbre que depende, para su resolución, de la aplicación de formulaciones estadísticas basadas en las frecuencias alélicas de cada marcador explorado. Ello implica el conocimiento de dichas frecuencias en la población general.

En nuestro país, el requerimiento judicial de peritajes que involucran la caracterización de ADN, se incrementó notablemente desde el inicio de su aplicación en 1991, observándose el aumento más significativo entre los años 1995 y 1996. A partir de allí pareciera haberse estabilizado el nivel de dicho requerimiento.

Las características que asume la incrementada demanda de justicia, influenciada por procesos sociales como la violencia urbana y la dimensión del

derecho a la identidad, encuentra en la identificación mediante la caracterización del ADN, una herramienta acorde para esas circunstancias.

El valor médico legal de los análisis de ADN está condicionado por el respeto en su realización de ciertos requisitos en cuanto a:

- selección y conservación de las muestras,
- implementación metodológica del estudio de los polimorfismos,
- interpretación de resultados, aspectos a los que nos referimos a continuación:

3. Selección y conservación de muestras

El ADN es una molécula muy estable que permite rastrear sus polimorfismos en casi cualquier tipo de muestra biológica que contenga material genético medianamente conservado. Esta es una de sus características que más ventajas representa para la medicina legal, ya que las muestras sobre las que se debe investigar en esta disciplina son de muy diversa procedencia y no suelen ser las mejores por su calidad, sino las posibles. Además de las únicas posibles, son irremplazables por su valor legal.

Para las situaciones en las que puede y debe seleccionarse material se presenta a continuación una reseña del tipo de muestras y de sus técnicas de recolección y conservación más recomendadas:

<i>Material cadavérico</i>	<p><i>Material de elección</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huesos (los distintos tipos de hueso pueden ser útiles). • Dientes (sin endodoncia). • Piel (si existen zonas en buen estado de conservación). • Músculo (si existen zonas en buen estado de conservación). • Pelos (arrancados con sus raíces). <p><i>Cantidad:</i> Volumen no menor de 5 cm³, excepto dientes. Muestra ideal = 100 a 200 cm³.</p> <p><i>Instrumental:</i> Pinzas y bisturíes limpios, sin restos de tejidos de otros cadáveres o restos. Frascos limpios e irrompibles. Cerrado hermético. Rotulación indeleble (Nombre, fecha de extracción, número de causa). <i>En caso de restos humanos muy fragmentados e irreconocibles, tomar una muestra por cada resto que no presente puentes de tejidos que lo unan a otro.</i></p>	<p><i>24-48 hs.:</i> Temperatura ambiente o heladera común (4°). <i>Lapso mayor de 2 días:</i> Congelación a -20° o -70°. Descongelar sólo para el procesamiento.</p> <p><i>Los huesos de cierta antigüedad que se encuentran libres de humedad, pueden permanecer a temperatura ambiente, resguardados del calor y humedad excesivos.</i></p>
<i>Sangre extraída</i>	<p><i>Cantidad:</i> Aproximadamente 10 ml a cada persona. Esta cantidad puede reducirse en niños pequeños.</p> <p><i>Tubos utilizados:</i> Estériles. Irrompibles. Deben contener 0.5 ml de E.D.T.A. al 5%. NO UTILIZAR OTRO TIPO DE ANTICOAGULANTE. Cerrado hermético. Rotulación indeleble (Nombre, fecha de extracción, número de causa).</p>	<p><i>24-48 hs.:</i> Temperatura ambiente o heladera común (4°). <i>Lapso mayor de 3 días:</i> Congelación a -20° ó -70°. Descongelar sólo para el procesamiento.</p>

CRIMINALÍSTICA

Es posible recolectar sangre en papeles absorbentes cubriendo con la mancha de sangre extraída una circunferencia de tres cm que empape todo el espesor del papel. Secar sin aire caliente y reservar en sobres herméticos frente a la humedad que pueden congelarse por largos períodos.

<i>Orina</i>	<p>Recién emitida</p> <p><i>Cantidad:</i></p> <p>Aproximadamente 20-30 ml por persona.</p> <p><i>Obtención inmediata del sedimento.</i></p> <p>Cerrado hermético. Rotulación indeleble (Nombre, fecha de extracción, número de causa).</p>	<p><i>24-48 hs.:</i></p> <p>Heladera común.</p> <p><i>Es lo ideal procesar inmediatamente. En caso contrario congelar.</i></p>
<p><i>Hisopados de cavidades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vaginal</i> • <i>Rectal</i> • <i>Bucal</i> 	<p><i>Material:</i></p> <p>Utilizar material estéril para hisopados.</p> <p>Recolectar la mayor cantidad posible exudado de la cavidad investigada. Secar el hisopado antes de introducirlo en el tubo.</p> <p>Cerrado hermético. Rotulación indeleble (Nombre, fecha de extracción, número de causa).</p>	<p><i>24-48 hs.:</i></p> <p>Temperatura ambiente o heladera común (4°).</p> <p><i>Lapso mayor de 3 días:</i></p> <p>Congelación a -20° ó -70°.</p> <p>Descongelar sólo para el procesamiento.</p>
<p><i>Manchas orgánicas (sangre-semen, etc.) en:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prendas</i> • <i>Telas, tapizados, papeles</i> • <i>Otras superficies</i> 	<p>Recortar el área manchada o recuperar la mancha desde las distintas superficies según las técnicas criminalísticas específicas.</p> <p>Secar las manchas húmedas y guardar las muestras en envases de papel.</p> <p>Cerrado hermético. Rotulación indeleble (Nombre, fecha de extracción, número de causa).</p>	<p>Temperatura ambiente (proteger de calor y humedad excesivos y de intensa radiación ultravioleta).</p> <p>En estas condiciones mantienen su vigencia incluso durante meses.</p>

Estas normas son de orden general y deben ser actualizadas permanentemente ya que las innovaciones constantes en la metodología destinada a tipificación de ADN aportan cada vez mayor sensibilidad y permiten obtener resultados de muestras escasas o muy degradadas biológicamente.

En virtud de estas ventajas de las técnicas de extracción y amplificación de ADN en desarrollo y de las características que definen a las muestras biológicas de interés médico-legal, tal como expresáramos al principio de este apartado, no es aconsejable rechazar el análisis de ninguna evidencia biológica que potencialmente pueda brindar datos informativos.

4. Síntesis de definiciones operativas y metodología de tipificación de ADN en medicina legal

Las definiciones incluidas son las asumida por la autora para los principales aspectos inherentes a la técnica, las cuáles pueden resultar de utilidad para la adquisición de un concepto elemental sobre el fundamento de estos procedimientos.

Zonas hipervariables

Son zonas del ADN nuclear conformadas por repeticiones sucesivas de una misma secuencia de bases. Cada una de estas zonas constituye un marcador de ADN que se diferencia por la cantidad de repeticiones de esa frecuencia. Se denominan hipervariables por el hecho de que una misma zona puede presentar diferente peso molecular lo que depende de la cantidad de repeticiones que la compongan. Es esta característica la que les confiere capacidad de identificación.

Sistemas

Modalidad para denominar a los elementos técnicos que detectan específicamente cada zona hipervariable de ADN a estudiar.

Genotipo

Los marcadores de ADN constituidos por las secuencias repetitivas se visualizan con los métodos de análisis utilizados, como dos fragmentos de ADN, uno de origen paterno y el otro de proveniencia materna.

Si ambos fragmentos son del mismo tamaño el individuo será homocigoto en relación al marcador; si el tamaño difiere será heterocigoto.

Alelos

Cada uno de los fragmentos polimórficos de ADN que componen el genotipo. La expresión variable (o alelo) de tales fragmentos está dada por los diversos números de repeticiones.

Fragmentos polimórficos de restricción ó RFLP's (Restriction Fragment Length Polymorphisms) ó "minisatélites"

Son marcadores ADN caracterizados por:

- Secuencias conformadas por mayor cantidad de pares de bases y una cifra elevada de repeticiones.
- Un número importante de alelos, lo que les confiere un alto grado de polimorfismo.
- Una técnica que por el tamaño de los fragmentos que investiga necesita de una mayor cantidad de ADN lo cual disminuye su sensibilidad.
- Las características descritas favorecen su empleo en los casos de filiación, cuyas muestras consisten predominantemente en sangre fresca extraída por venopuntura.

Repeticiones cortas en tandem ó STR's (Short Tandem Repeats) o "microsatélites"

Estos marcadores poseen:

- Menor tamaño por estar las repeticiones constituidas por un menor número de pares de bases.
- Una cantidad más limitada de repeticiones y por lo tanto una cifra también más acotada de alelos, situación que disminuye su especificidad.
- Son posibles de una técnica de análisis basada en la amplificación del ADN nuclear (Reacción en Cadena de la Polimerasa), lo que les otorga un alto grado de sensibilidad.
- Su elevada sensibilidad los hace aptos para su utilización en criminalística,

dadas las características habituales de las evidencias forenses, con un contenido variable de material genético (con frecuencia escaso) y en diversos estados de conservación y degradación.

Exclusión

Dictamen de no concordancia entre el perfil de la evidencia y el de los involucrados. Se descarta que estos últimos sean la fuente del material biológico contenido en la evidencia.

No exclusión

Dictamen de concordancia entre el perfil de la evidencia y el de los involucrados. No puede descartarse que los involucrados sean la fuente del material biológico contenido en la evidencia.

Grado de incertidumbre

Es la posibilidad de que, frente a una concordancia, la fuente del material biológico de la evidencia sea una persona distinta al involucrado.

Sensibilidad

La capacidad de trazar los perfiles genéticos, aún con pequeñas cantidades de ADN.

Especificidad

La capacidad de no generar resultados falso-positivos, es decir de no atribuir una identidad biológica errónea.

Procedimiento estadístico de la técnica

Constituido por los métodos estadísticos empleados para cuantificar el grado de incertidumbre, al que se expresa de dos modos: a) como razón de verosimilitud (*likelihood ratio*), y b) en términos de probabilidad.

Razón de verosimilitud

Dada una coincidencia entre el perfil de la evidencia y el de un sospechoso, es la razón entre la probabilidad de que el sospechoso sea la fuente del material genético contenido en la evidencia y la probabilidad de que otra persona, con el mismo perfil del sospechoso, sea la fuente de dicho material.

Probabilidad de una coincidencia aleatoria

Frecuencia del perfil coincidente en la población de referencia. Se considera una estimación de la probabilidad de que una persona distinta al sospechoso y aleatoriamente seleccionada de la población, tenga el mismo perfil genético del sospechoso.

Base de datos poblacionales

Para cada fragmento polimórfico de ADN utilizado en identificación médico legal se debe elaborar una base de datos que contenga, respecto de una muestra de la población, las frecuencias de los alelos propios de cada zona hipervariable y las frecuencias de los alelos que los componen, calculadas a partir de las anteriores.

TÉCNICAS DE LABORATORIO

Las técnicas utilizadas se apoyan en los elementos sobre los cuales se avanza incesantemente en la descripción del material genético molecular: enzimas de restricción, sondas moleculares o "probes" y reacción en cadena de la polimerasa (polimerasa chain reaction - PCR).

Las siguientes técnicas son las más frecuentemente utilizadas en la investigación de ADN con fines legales: RFLPs (*Restriction Fragment Length Polymorphism* - Restricción de Fragmentos Polimórficos) empleada para tipificación de fragmentos de restricción o "minisatélites", STRs (*Short Tandem Repeat's* - Repeticiones Cortas en Tandem) amplificados mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y amplificación y secuenciación de ADN mitocondrial.

A continuación se describen muy sintéticamente estas técnicas.

Extracción y cuantificación de ADN

Para cualquiera de los métodos mencionados, la metodología de extracción consiste en:

a) *sangre entera anticoagulada con EDTA al 5%*: utilización de procedimiento inorgánico consistente en la utilización de buffer de lisis de glóbulos rojos y posteriormente digestión proteolítica con proteinasa K,

b) *células mucosas (hisopados, colillas de cigarrillos)*: digestión proteolítica con proteinasa K, eliminación de proteínas con cloruro de Li y precipitación con etanol absoluto,

c) *muestras distintas de sangre ~ manchas, tejidos blandos y restos óseos*: digestión proteolítica con proteinasa K, extracción de proteínas sucesivamente con fenol, fenol/cloroformo/alcohol isoamílico y cloroformo/alcohol isoamílico y precipitación con etanol absoluto.

La cantidad de ADN extraído se determina en geles de agarosa 0.8% teñidos con Bromuro de Etidio, utilizando una sonda humano-específica.

* *Análisis de RFLPs*: ajuste de las muestras a una concentración de 25 ng/ul.; acción de una enzima de restricción (Pst I) a 37° C; control de la digestión en gel de agarosa 0.8% teñido con bromuro de etidio; separación de fragmentos resultantes de la digestión por electroforesis en gel de agarosa al 0.9%; transferencia desde el gel a una membrana de nylon neutra, previa desnaturalización en condiciones de alcalinidad y posterior neutralización. Luego de 18-24 hs de transferencia, las membranas son lavadas (SSC 2X, secadas en horno a 80°C, cross linkeadas con luz UV y microondeadas durante 45 segundos. Posteriormente son hibridizadas. De rutina se emplea en filiación un mínimo de cinco sondas o probes, utilizando sustrato quimioluminiscente. Cada membrana es hibridizada sucesivamente con las distintas sondas. Cuando la Probabilidad de Paternidad alcanzada es inferior al 99.99%, el estudio se amplía con probes accesorias hasta lograr el valor indicado.

La hibridación se realiza a 55° C durante 30 a 40 minutos, seguida por una serie de lavados a la misma temperatura y finalmente la membrana es puesta en contacto con un buffer alcalino. Se coloca luego en un sobre de plástico transparente conteniendo sustrato quimioluminiscente. El sobre se sella con calor, se coloca en un chasis de RX y un film de RX es expuesto 18 Hs. a temperatura ambiente a fin de visualizar la posición de las bandas. Para determinar el tamaño de los fragmentos presentes en las muestras se realiza la comparación

con los fragmentos de peso molecular conocidos que son corridos en el mismo gel.

* *Análisis de Repeticiones Cortas en Tándem (STRs)*: Proceso de amplificación mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR - *Polymerase Chain Reaction*) utilizando un aparato amplificador que practica la cantidad de ciclos de amplificación que el protocolo exige para cada sistema analizado, según principios y procedimiento de rutina en la práctica forense.

La separación electroforética de los fragmentos amplificados se realiza en un gel de poliacrilamida al 4% no desnaturizante de 0.4 mm, en buffer TBE 0.5X. La detección de los fragmentos se realiza por tinción con Nitrato de Plata. La presencia de un alelo se determina por comparación directa de las muestras con los ladders de peso molecular.

* *Amplificación y tipificación de ADN mitocondrial*: amplificación mediante PCR, empleando la incubación con "primers" específicos para zonas de interés por su contenido en mutaciones situadas en las regiones hipervariables 1 y 2 de la región de control del ADN mitocondrial '~ Los fragmentos amplificados y de cadena simple son sometidos a procedimientos de secuenciación directa que permiten detectar las diferencias en los sucesivos nucleótidos de la secuencia estudiada con respecto a una secuencia de referencia que es la secuencia de Anderson''.

Como ya definiéramos, el tamaño de los fragmentos polimórficos va a estar determinado por la cantidad de secuencias de repetición presentes en los mismos y es este tamaño a través de su peso molecular el que determina la posición en la corrida electroforética. Lo que se evalúa, entonces, es la existencia de bandas que coinciden por expresar iguales alelos.

5. Interpretación de resultados y tratamiento matemático de los mismos

Una vez determinada la *no exclusión* de un sujeto a identificar porque se ha verificado coincidencia alélica en todos los sistemas empleados que brindaron resultados, entre el perfil genético de ese sujeto y los patrones de los parientes alegados o evidencias biológicas, se procede a aplicar las fórmulas matemáticas que cuantifican el valor de certeza de la coincidencia.

El tratamiento matemático posee distintas modalidades según se trate de casos de asignación de vínculo parental o de determinación de la presencia de un individuo en una evidencia biológica.

Estas fórmulas matemáticas se presentan resumidas a continuación:

Filiación : Indicadores de Paternidad

Si bien las investigaciones de filiación pueden llevarse a cabo en ausencia del progenitor alegado, a partir de los padres y/o hermanos del mismo, por razones de extensión nos limitaremos a presentar los indicadores de paternidad empleados cuando el progenitor alegado está presente, situación esta que por otra parte caracteriza a la mayoría de las demandas por filiación.

A pesar de nominar los indicadores como de paternidad por ser habitual-

mente el padre progenitor alegado, las fórmulas incluidas son las mismas que se utilizan en los casos donde la madre es la progenitora alegada (índices de maternidad).

Progenitor alegado y el otro progenitor presentes

a- Índice de paternidad para un marcador

$$IP = \frac{\text{Probabilidad de que el progenitor alegado presente el gen obligado (X)}}{\text{Frecuencia poblacional del gen obligado (Y)}}$$

Gen obligado: aquel que por estar presente en el niño y ausente en el progenitor no alegado, es aportado obligatoriamente por el progenitor biológico.

Valores de X:

- En heterocigotos = 0.5
- En homocigotos = 1

b- Índice de paternidad acumulado

Es el índice de paternidad correspondiente al conjunto de marcadores utilizados en la identificación. Se obtiene multiplicando entre sí los índices de paternidad individuales.

c- Probabilidad de paternidad para un marcador

$$PP = \frac{\text{Índice de paternidad}}{\text{Índice de paternidad} + 1}$$

d- Probabilidad de paternidad acumulada

Se calcula multiplicando entre sí las probabilidades de paternidad individuales.

Progenitor alegado presente y el otro progenitor ausente

a- Índice de paternidad para un marcador

Se calcula con la misma fórmula que en el caso anterior pero con los siguientes

marcadores de X:

- Progenitor y niño heterocigotos = 0.25
- Progenitor homocigoto y niño heterocigoto = 0.5
- Progenitor heterocigoto y niño homocigoto = 0, 5
- Progenitor homocigoto y niño homocigoto = 1

En el caso particular de que el progenitor alegado y el niño compartan el mismo genotipo, se emplea la siguiente fórmula para el índice de paternidad:

$$\frac{1}{4} p + \frac{1}{4} q$$

p = frecuencia de uno de los alelos.

q = frecuencia del otro alelo.

El índice de paternidad acumulado, la probabilidad de paternidad y la probabilidad de paternidad acumulada, responden a la formulación utilizada en presencia de ambos progenitores.

Criminalística : Cálculo de la frecuencia de los perfiles genéticos

a- *Cálculo de la frecuencia del genotipo correspondiente a cada marcador explorado*

Fragmentos polimórficos de restricción ó "minisatélites":

- Para genotipos heterocigotos = $2 p * q$
- Para genotipos homocigotos = $2 p$
 p = frecuencia poblacional de un alelo
 q = frecuencia poblacional del otro alelo

Repeticiones cortas en Tandem ó "microsatélites":

- Para genotipos heterocigotos = $2 p * q$
- Para genotipos homocigotos = q^2
 p = frecuencia poblacional de un alelo
 q = frecuencia poblacional del otro alelo

b- *Cálculo de la frecuencia del perfil genético conformado por los genotipos de los marcadores explorados*

Se calcula multiplicando entre sí las frecuencias del total de marcadores explorados (Regla de los productos).

c- *Razón de verosimilitud*

Se calcula en la mayoría de los casos como la inversa de la frecuencia del perfil genético.

La cuantificación estadística del grado de incertidumbre implícito en las coincidencias, forma parte del dictamen de no exclusión. La opinión científica internacional considera actualmente que la razón de verosimilitud (likelihood ratio), representa la modalidad estadística de elección para expresarlo.

6. Requisitos que debe incluir un informe médico-legal sobre identificación molecular

La utilización de los recursos identificatorios que provee la tecnología del ADN ha generado una práctica cotidiana en los ámbitos médico-legales a lo largo de los últimos siete años. Esta práctica se benefició de los incesantes progresos técnicos, extendió su aplicabilidad a las más diversas evidencias biológicas y sugirió correcciones a la interpretación de resultados.

La síntesis de los éxitos y fracasos generados ha dado lugar a un espacio equilibradamente dimensionado respecto tanto de las desmesuradas expectativas iniciales cifradas en la tipificación de ADN con fines médico-legales como de las posturas desvalorizantes asumidas por sus detractores.

LIBRO XIII

TOCOGINEGOLOGÍA FORENSE

José A. Patitó

Es el capítulo de la Medicina Legal que trata de las cuestiones relacionadas con el comienzo de la existencia de las personas, el embarazo, el parto y el nacimiento, por lo que se estudiarán en forma sucesiva:

- 1) *La concepción,*
- 2) *El embarazo,*
- 3) *El parto y el nacimiento,*
- 4) *La fecundación asistida, y,*
- 5) *El aborto.*

Capítulo 1 — LA CONCEPCIÓN

A) ASPECTOS MÉDICOS

La *fecundación* es un fenómeno complejo que consiste en la unión de las gametas femenina y masculina resultando de esta unión la formación de un organismo unicelular: la célula *huevo* o *cigoto*. El semen es depositado en el fondo del saco vaginal e inicia el ascenso hacia la trompa impulsado especialmente por las contracciones del tracto genital y estimulado por sus propios componentes. El recorrido que realizan los *espermatozoides* a través del tracto genital femenino es indispensable para completar su maduración, adquiriendo así capacidad fecundante. El *ovocito* es expulsado por la ruptura del folículo y conducido hacia la trompa donde por acción de las ciliias del epitelio tubárico y acción muscular de los distintos segmentos de la trompa llega al encuentro del espermatozoide. Este encuentro se realiza en el *tercio externo* de la trompa.

Los procesos que ocurren dentro de la *fecundación* son los siguientes:

- 1) encuentro de las gametas;
- 2) reacción cromosómica: liberación de enzimas contenidas en el acrosoma;
- 3) denudación;
- 4) penetración de la membrana pelúcida;
- 5) reconocimiento;
- 6) anfimixia: o unión de los pronúcleos femenino y masculino, y,
- 7) segmentación o sucesión de divisiones celulares.

En este estadio la *célula huevo* comienza a ser desplazada hacia el interior del útero. Las divisiones se suceden en forma ininterrumpida de tal modo que al llegar a la cavidad se halla en estado de *mórula* llamándose cada célula blastómera. Al *ingresar* al útero las blastómeras se reordenan y forman el

blastocisto, estructura embrionaria constituida por *blastocelo*, *trofoblasto* y *macizo celular interno* o *embrioblasto*. Luego se pierde la membrana pelúcida y aproximadamente al *séptimo día* se produce la *implantación* en el útero. La implantación comienza, pues, a principios de la *segunda semana* y *culmina a fines de la tercera*.

Desde el punto de vista médico-legal el término concepción expresa el momento en que el espermatozoide penetra en el óvulo o sea que concepción equivale a óvulo fecundado siendo ese el momento en que *comienza la existencia de las personas*.

El punto neurálgico de este tema es pues, precisar cuándo comienza la vida humana. De acuerdo a lo visto, la vida comienza cuando el espermatozoide penetra en el óvulo y se unen los 23 cromosomas (pronúcleos) de uno y de otro para dar lugar al cigoto con 46 cromosomas.

Este acto de la concepción ya sea intra o extracorpórea, produce un nuevo ser humano.

El criterio de la *anidación* o sea la *implantación* del huevo en el endometrio tomada como parámetro para definir el momento de la iniciación de la vida humana y la consiguiente consideración del embrión como *persona* no resulta válido. La implantación o anidación es sólo un cambio de "hábitat", por lo tanto algo circunstancial. Por ello hay vida desde el instante de la fecundación porque hay en el huevo o cigoto una actividad vital destinada a desarrollarse y crecer en virtud de un dispositivo natural que lo llevará a la constitución de un ser humano.

El nuevo "sistema" creado no es una simple suma de dos subsistemas, es un sistema combinado que consolida su individualidad y autonomía y que opera como una unidad intrínsecamente predeterminada puesto que reúne todas las condiciones necesarias para llegar a su específica forma terminal. Este nueva célula recibe también el nombre de *embrión unicelular* ("one cell embryo"). Este embrión unicelular por pasos secuenciales llega a la formación de un organismo complejo necesitándose para que esto ocurra coordinación, continuidad y gradualidad. Decimos que debe existir *coordinación* porque la información contenida en el genoma ordena la actividad molecular y celular; que debe haber *continuidad* porque el nuevo ciclo vital que se inicia "continúa" si las condiciones son satisfactorias y que existe *gradualidad* porque la evolución se hace de las formas más simples a las más complejas. La ley de la gradualidad implica además que el embrión desde el estado unicelular mantiene permanentemente su *identidad e individualidad* a través de toda la secuencia vital.

B) ASPECTOS LEGALES

Los encontramos en el Código Civil cuyas disposiciones están contenidas en los artículos 63, 70, 76 y 77.

B-1. Personas por nacer

Art. 63: "Son personas por nacer las que, no habiendo nacido, están concebidas en el seno materno".

B-2. Comienzo de la existencia de las personas: concepción

Art. 70: "Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos como si ya hubiesen nacido. Estos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos en el seno materno nacieren con vida aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre".

Como vemos la *vida humana* es bien jurídico protegido a partir de la concepción —dentro o fuera del seno materno— incluyéndose dentro del término "personas por nacer" al huevo o cigoto, preembrión o embrión unicelular, embrión y embrión preimplantado.

La redacción de este artículo del Código Civil efectuada a mediados del siglo pasado no contempló la posibilidad de la fecundación "in vitro" o sea que pudiese haber "concepción" fuera del seno materno. Ante esta situación novedosa, el art. 16 del mismo Código prevé que "cuando una cuestión civil no puede resolverse por las palabras de la ley se atenderá al espíritu de la misma y si no a los principios de leyes análogas".

A este respecto cabe consignar que el Pacto de San José de Costa Rica incorporado como norma constitucional a partir de la reforma del año 1994, establece que "toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho está protegido por la ley a partir del *momento de la concepción*", cualquiera fuere el lugar donde ésta se produzca.

También tiene rango constitucional, por la misma reforma, la "Convención sobre Derechos del Niño" (Naciones Unidas, 1989), expresándose en una de sus partes que "se entiende por niño todo ser humano desde el momento de la concepción y hasta los 18 años de edad".

Es indudable pues que desde la concepción se pone en marcha un proceso que desemboca ineluctablemente en el nacimiento de un ser humano.

B-3. Época de la concepción

Los artículos referidos al tema son los siguientes:

Art. 76: "La época de la concepción de los que naciesen vivos queda fijada en todo el espacio de tiempo comprendido entre el *maximum* y el *minimum* de la duración del embarazo".

Art. 77: "El máximo de tiempo del embarazo se presume que es de 300 días y el mínimo de 180 días excluyendo el día del nacimiento. Esta presunción admite prueba en contrario".

Como vemos, la ley establece las duraciones máximas y mínimas del embarazo pudiéndose así inferir el momento de la concepción. No obstante ello pueden suscitarse cuestiones relativas a la paternidad en casos de muerte del presunto padre biológico, sustracción de niños, cambio de identidad, que no podrían resolverse atendiéndolos a criterios estrictamente obstétricos por lo que, la admisión de la "*prueba en contrario*" implica que, aparte de esos criterios, puede recurrirse a las pruebas de compatibilidad inmunogenética que tienen fuerza probatoria admitida por nuestros tribunales de justicia a partir de la reforma de este artículo.

Capítulo 2 — EL EMBARAZO

A) CONCEPTO

El embarazo es un conjunto de cambios y transformaciones anatómicas y fisiológicas que experimenta el organismo de la mujer a partir del momento en que comienza a desarrollarse en ella un óvulo fecundado (concepción) y que finaliza con el parto.

En cuanto a su duración deberemos tener en cuenta las siguientes definiciones:

—*Embarazo o gestación de término*: se considera a la que se extiende desde las 37 semanas completas hasta menos de 42 semanas completas (de 259 a 293 días completos).

—*Gestación de pretérmino*: corresponde a la que dura menos de 37 semanas completas (menos de 259 días completos) desde el primer día de la última menstruación normal.

—*Gestación de postérmino*: corresponde a 42 semanas completas o más (249 días en adelante).

—*Edad gestacional*: la duración del embarazo se mide desde el primer día de la última menstruación de caracteres normales, y, se expresa en días completos o en semanas completas cumplidas.

El embarazo representa una de las pocas experiencias vitales que despiertan emociones tan intensas ya sea de alegría como de incertidumbre por lo que es imprescindible el conocimiento de los elementos de diagnóstico y el tratamiento correcto de los procesos patológicos que puedan acompañarlos. Desde el punto de vista de nuestra disciplina, nos interesa el diagnóstico de embarazo, y los aspectos civiles y penales que se relacionan con su duración y existencia o inexistencia, por lo que estudiaremos sucesivamente estos puntos.

B) DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

El diagnóstico puede ser:

- de presunción,
- de probabilidad y,
- de certeza.

Presunción de embarazo

Está dado por los síntomas y signos de embarazo.

Síntomas de embarazo:

- náuseas con o sin vómitos;
- alteraciones de la micción;
- fatiga;

percepción del movimiento fetal: en algún momento entre las 16 y 20 semanas la mujer embarazada toma conciencia de ligeros movimientos aleteantes en el abdomen que gradualmente van aumentando en intensidad y el día en que son reconocidas por primera vez se conoce como "vivificación" o percepción de la vida. Es un signo más y por sí solo no tiene valor diagnóstico.

Signos de embarazo:

- cese de las menstruaciones;
- estudio del moco cervical;
- cambios en las mamas;
- cambio de color de la mucosa cervical;
- aumento de la pigmentación cutánea y aparición de estrías abdominales.

C) PROBABILIDAD DE EMBARAZO

Está dada por los siguientes elementos:

- crecimiento del abdomen;
- cambios en el tamaño, forma y consistencia del útero;
- cambios en el cuello uterino: hacia las 6ta. a 8va. semanas el cuello suele estar considerablemente reblandecido y a medida que el embarazo progresa, el canal cervical puede tornarse lo suficientemente permeable como para permitir el ingreso del pulpejo del dedo;
- peloteo: hacia la mitad del embarazo, el volumen del feto es pequeño en comparación con el del líquido amniótico, en consecuencia, la presión súbita ejercida sobre el útero puede hacer que el feto se hunda en el líquido amniótico y luego rebote a la posición original, siendo el golpeteo (peloteo) percibido por los dedos del examinador;
- delineación física del feto: en la segunda mitad del embarazo pueden palpase los rebordes del cuerpo fetal a través de la pared abdominal;
- pruebas hormonales de embarazo: se realiza el dosaje de hormona coriónica gonadotrófica (HCG) por cualesquiera de las distintas técnicas de inmunoensayo o bioensayo. Se comienza a detectarla a los 40 días de amenorrea alcanzando su máximo a los 60 a 70 días. La *subunidad Beta de H.C.G.* es detectable aún antes de la anidación. Constituye el método más precoz para el diagnóstico de embarazo.

D) CERTEZA DE EMBARAZO

Los tres signos positivos son:

- identificación de la actividad cardíaca fetal por auscultación, Doppler o ecocardiografía;
- percepción de movimientos fetales activos por parte del examinador, y,
- reconocimiento del embrión o feto en cualquier momento del embarazo mediante técnicas ecográficas o del feto más maduro, radiológicamente, en la segunda mitad del embarazo.

E) ASPECTOS JURÍDICOS. LEGISLACIÓN

Los aspectos jurídicos comprenden los relativos al reconocimiento, duración legal y simulación del embarazo.

E-1) Reconocimiento de embarazo

En el Código civil se expresa:

Art. 65: *Se tendrá por reconocido el embarazo de la madre por la simple declaración de ella o del marido o de otras partes interesadas.*

Art. 66: Son partes interesadas para este fin:

1) Los parientes en general del no nacido y

todos aquellos a quienes los bienes hubieren de pertenecer si no sucediere el parto, o si el hijo no naciera vivo, o si antes del nacimiento se verificare que el hijo no fuera concebido en tiempo propio;

2) Los acreedores de la herencia y

3) El Ministerio de Menores.

Lo señalado en estos artículos hay que considerarlo a la luz de las condiciones relativas a la "duración legal del embarazo", punto al que nos remitimos ("Período de la concepción" y "Duración legal del embarazo"). De todos modos, el artículo 67 establece que *"Las partes interesadas, aunque teman suposición del parto, no pueden suscitar pleito alguno sobre la materia, salvo sin embargo el derecho que les compete para pedir las medidas policiales que sean necesarias. Tampoco podrán suscitar pleito alguno sobre la filiación del no nacido, debiendo quedar setas cuestiones reservadas para después del nacimiento."*

En consecuencia con el artículo 65, el artículo 78 establece que no puede tener lugar el reconocimiento judicial del embarazo siendo suficiente la declaración de la propia mujer. Dicho artículo establece textualmente que: *"no tendrá jamás lugar el reconocimiento judicial del embarazo ni otras diligencias como depósito y guarda de la mujer embarazada, ni el reconocimiento del parto en el acto o después de tener lugar, ni a requerimiento de la propia mujer, antes o después de la muerte del marido, ni a requerimiento de éste o de partes interesadas"*.

En cuanto a la *determinación de la maternidad* el artículo 242 del mismo Código establece que: *"la maternidad quedará establecida aún sin reconocimiento expreso por la prueba del nacimiento y la identidad del nacido"*.

E-2) Duración legal del embarazo

Como ya lo señalamos al hablar sobre el período de la concepción (ver "Época de la concepción", el art. 77 del Código Civil, establece el máximo y el mínimo de duración legal del embarazo *admitiendo* la prueba en contrario. Esta posibilidad o sea la de admitir la prueba en contra fue producto de la modificación introducida por la ley 23.264, en las disposiciones conocidas como "régimen de la patria potestad". En consecuencia dicho artículo quedó redactado en

la siguiente forma: "El máximo de tiempo del embarazo se presume que es de 300 días y el mínimo de 180 días incluyendo el día del nacimiento. Esta presunción admite prueba en contrario".

E-3) Simulación de embarazo

El embarazo fantasma, espurio, imaginario o *seudociesis* se ve en mujeres que generalmente están cerca de la menopausia o en aquellas que tienen un intenso deseo de embarazarse. En este último caso es donde se plantean cuestiones de índole médico-legal. En estos casos suelen observarse todos los síntomas subjetivos de embarazo en asociación con un aumento del tamaño abdominal, dado por depósito de grasa, gas en el tracto digestivo y líquido abdominal. Las menstruaciones no desaparecen pero suelen ser variables en cuanto a su inicio, duración y cantidad del sangrado. Puede verse también aumento del tamaño de las mamas. Los supuestos movimientos fetales percibidos por la mujer deben adjudicarse al peristaltismo intestinal o contracción de los músculos abdominales.

Suscitada una cuestión legal es necesario recurrir a los signos de embarazo descriptos al principio de este capítulo. En general, un examen cuidadoso conduce a un diagnóstico correcto siendo la mayor dificultad el convencer a estas mujeres de la inexistencia del embarazo dado que existe, en la gran mayoría de los casos, un componente psicológico en el establecimiento del cuadro por lo que al examen médico-legal debe incluir el examen clínico, las pruebas biológicas de embarazo y un examen psiquiátrico.

Asimismo, debe recordarse que la ingestión de fenotiazinas puede provocar amenorrea, hiperprolactinemia, agrandamiento mamario y galactorrea por lo que en la anamnesis debe recordarse esta posibilidad.

En los casos en que concientemente haya *simulación de embarazo* existe intencionalidad en poner de manifiesto una situación física. Esta posibilidad está contemplada en el Código Penal en el Capítulo II que trata de la "supresión y suposición del estado civil y de la identidad", estableciéndose lo siguiente:

Artículo 139: Se impondrá prisión de 2 a 6 años a:

1. La mujer que fingiere preñez o parto para dar a su supuesto hijo derechos que no le corresponda.
2. Al que por un acto o cualquiera hiciere incierto, alternare o suprimiere la identidad de un menor de 10 años y al que lo retuviere u ocultare."

A través del inciso 1) se sanciona a la mujer que simule embarazo o parto. En el inciso 2) está incluido el médico que extendiere el certificado de nacimiento falso.

Capítulo 3 — PARTO Y NACIMIENTO

Dada la vinculación médica y jurídica se estudian en forma conjunta puesto que en los casos de *muerte del recién nacido*, en que haya dudas acerca de la

maternidad es de importancia médico-legal la comprobación, en la supuesta madre, de que ésta ha tenido un parto y determinar si el *recién nacido* ha nacido vivo o muerto.

A) PARTO

El parto o trabajo de parto es el "hecho biológico por el cual el producto de la concepción es expulsado al exterior". Comienza con las primeras contracciones dolorosas y eficaces y finaliza con la evacuación total del útero. Tiene tres periodos:

1. Dilatante,
2. Expulsivo, y,
3. Placentario.

La necesidad de su conocimiento tiene importancia médico-legal porque, por ejemplo, durante el *periodo expulsivo* el feto se transforma en *recién nacido*.

El periodo *dilatante* comienza con las primeras contracciones uterinas y finaliza con la dilatación completa del cuello.

El periodo *expulsivo* comienza con la dilatación completa y termina al ser expulsado el feto que desde ese momento como ya dijimos, se llama *neonato* o *recién nacido*.

Finalmente, el periodo *placentario* comienza con la expulsión del feto y termina con la eliminación de restos de líquido amniótico, placenta, cordón umbilical y membranas ovulares.

De acuerdo a su comienzo, evolución y forma de extracción, el parto puede presentar las siguientes particularidades:

a) de acuerdo a su comienzo puede ser	<div> <div>espontáneo:</div> <div>o</div> <div>inducido:</div> </div> <div> <div>si se inicia naturalmente</div> <div></div> <div>se inicia por acción médica</div> </div>
b) de acuerdo a su evolución puede ser	<div> <div>eutócico</div> <div>o</div> <div>distócico</div> </div>
c) de acuerdo a cómo se extrae el producto de la concepción	<div> <div>espontáneo o natural</div> <div>o</div> <div>instrumental</div> </div> <div> <div></div> <div>cuando la extracción se hace artificialmente por cualquier vía ya sea vaginal o abdominal</div> </div>

B) NACIMIENTO

Se llama *nacimiento* al proceso por el cual el producto de la concepción

adquiere vida autónoma y comprende todos los hechos que ocurren desde el comienzo del período expulsivo y finalizan con la *ligadura del cordón umbilical*.

Inmediatamente después del *nacimiento* la persona que era *"persona por nacer"* se convierte en *"persona de existencia visible"* o sea en *recién nacido*.

Desde el punto de vista fisiológico interesa destacar que siguiendo a la *ligadura del cordón umbilical* no llega más sangre placentaria a la aurícula derecha con lo que su presión disminuye. Por otra parte, llega sangre a los pulmones y de esta forma aumenta la presión en la aurícula izquierda dificultándose el paso a través del agujero oval que se oblitera por este motivo y por el descenso de presión en la aurícula derecha. Simultáneamente, se expanden bruscamente los pulmones cesando la resistencia que ofrecían, circunstancia que favorece la obliteración del conducto arterioso.

De esta forma, se instauran en el recién nacido las funciones vitales autónomas cuya existencia debe ser constatada con el fin de dar cumplimiento a las normas que regulan la extensión del *certificado de nacimiento*.

Desde el punto de vista jurídico se considera como nacimiento con vida o recién nacido vivo a "la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, al producto de la concepción que después de dicha separación respira o dé cualquier otra señal de vida, tal como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no, desprendida la placenta."

C) ASPECTOS JURÍDICOS DE CARÁCTER CIVIL VINCULADOS AL PARTO Y NACIMIENTO

Estas cuestiones se relacionan con la extensión del certificado de nacimiento y con la identificación del recién nacido.

C-1) Nacimiento. Inscripción. Certificado de nacimiento

El artículo 51 del Código Civil, define a quienes considera personas de existencia visible en contraposición al concepto de personas de existencia jurídica, estableciendo que: *"Todos los entes que presentasen signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, son personas de existencia visible"*.

El artículo 71 no hace diferencia en cuanto a la forma de extracción del producto de la concepción: *"Habiendo nacido con vida no habrá distinción entre el nacimiento espontáneo y el que se obtuviese por operación quirúrgica"* y el artículo siguiente o sea el 72 hace referencia al tiempo de vida extrauterina al establecer que: *"Tampoco importará que los nacidos con vida tengan imposibilidad de prolongarla o que mueran después de nacer, por un vicio orgánico interno o por nacer antes de tiempo"*.

En cuanto al hecho del nacimiento se tendrán que tener en cuenta las disposiciones de los artículos 73, 74 y 75 los que se transcriben:

Art. 73: *Repútase como cierto el nacimiento con vida cuando las personas que asistieren al parto hubiesen oído la respiración o la voz de los nacidos o hubiesen observado otros signos de vida.*

Art. 74: *Si muriesen antes de estar completamente separados del seno materno serán considerados como si no hubieran existido.*

Art. 75: *En caso de duda de si hubieran nacido o no con vida, se presume que nacieron vivos, incumbiendo la prueba al que alegare lo contrario.*

En cuanto al día del nacimiento y demás circunstancias el artículo 79 prevé que *"El día del nacimiento con las circunstancias del nombre, apellido, paternidad y maternidad, se probará"* de acuerdo a lo dispuesto al artículo siguiente o sea el 80, que establece: *"De los nacidos en la República"* el nacimiento se probará *"por certificados auténticos extraídos de los asientos en los registros públicos que para tal fin deben crear las municipalidades o por lo que conste en los libros de las parroquias o por el modo que el gobierno nacional en la Capital y los gobiernos de provincia determinen en sus respectivos reglamentos."*

En este punto es de destacar que respecto de la inscripción de los nacimientos en el año 1958 se promulgó la ley Nro. 14.586 conocida como de *"Registro del estado civil de las personas de la Ciudad de Buenos Aires"* mientras que el 27 de septiembre de 1963 se promulgó el decreto-ley Nro. 8204, que establece normas, entre otras cosas, sobre la inscripción de los recién nacidos con vigencia en toda la República a partir del 1 de enero de 1964 por lo que existiría superposición de disposiciones en lo que hace a la ciudad de Buenos Aires. Esta cuestión se resolvió en base a lo que el mismo decreto-ley establece en su artículo 28: *"La inscripción de los nacimientos deberá efectuarse dentro del plazo que establezca la reglamentación local no pudiendo exceder éste de 40 días"* por lo cual en la ciudad de Buenos Aires rigen las disposiciones emergentes de la ley 14.586.

C-2) Identificación del recién nacido

La identificación de los recién nacidos está regulada por la ley Nro. 24.540 dictada en el año 1995. Esta ley establece quiénes deben ser identificados, en qué plazos, cuántas veces y a quiénes les cabe esta responsabilidad.

Con fines de interés práctico se transcriben los artículos pertinentes:

Art. 1: Todo niño nacido vivo o muerto y su madre deben ser identificados de acuerdo con las disposiciones de esta ley.

Art. 2: Cuando el nacimiento acontece en un establecimiento médico asistencial público o privado, durante el trabajo de parto deberá identificarse a la madre y producido el nacimiento y antes del corte del cordón umbilical, al r.n. de acuerdo a lo establecido en el art. 6.

Art. 6: La identificación deberá hacerse en una ficha única, numerada por el Registro Nacional de Personas, en tres ejemplares en la que constarán lo siguientes datos:

—de la madre: nombre y apellido, tipo y número de documento de identidad e impresión dactilar;

—del niño: nombre con el que se lo inscribirá, sexo, calcos papilares palmares y plantares derechos.

—nombre y apellido y firma del identificador interviniente;

—nombre y apellido y firma del profesional que asistió al parto;

—fecha, hora y lugar del nacimiento y de la confección de la ficha;

—calcos tomados al egreso;

—datos del establecimiento médico-asistencial: nombre y domicilio;
—observaciones.

Art. 10: Los calcos dactilares de ambos pulgares de la madre y los calcos palmar y plantar derechos del r.n. deberán tomarse nuevamente en las fichas identificatorias al egreso del establecimiento.

Art. 11: Cuando se retire el niño sin su madre deberán tomarse sus impresiones papilares y registrarse los datos personales de quien lo retire, tipo y número de documento de identidad y las impresiones de ambos pulgares.

Art. 12: En caso de niños nacidos muertos o que fallecieren antes del alta del establecimiento médico-asistencial se procederá conforme a los arts. 10 y 11.

Art. 15: Cuando el nacimiento no acontezca en un establecimiento médico-asistencial la identificación de la madre y el niño deberá hacerse en ocasión de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil si se realiza dentro de los plazos legales. cuando el nacimiento ocurriera en tránsito a un establecimiento médico-asistencial con la intervención de un profesional médico y/u obstétrica, el mismo deberá resguardar el vínculo materno-filial para la posterior identificación dactiloscópica, que será realizada por personal idóneo del establecimiento médico-asistencial de arriba. Cuando el nacimiento se produzca en tránsito, sin asistencia médica u obstétrica, el o los testigos del parto deberán firmar la ficha identificatoria en el establecimiento de destino".

D) ASPECTOS JURÍDICOS DE CARÁCTER PENAL VINCULADOS AL PARTO Y NACIMIENTO

Dada la trascendencia que implica la extensión de un certificado de nacimiento ya que del mismo surgirá la inscripción del recién nacido como persona de existencia visible, y, atento a los hechos ocurridos en los últimos tiempos respecto de la sustitución, falsificación de identidad y apropiación ilegítima de recién nacidos, ha habido modificaciones en la legislación penal vinculadas al tema.

D-1) Certificado de nacimiento y alteración del estado civil

El Código Penal en el Capítulo II "*Suscripción y suposición del estado civil y de la identidad*", establece a través de los artículos 138 y 139-tercero, penas a quienes alteraren el estado civil de las personas:

Art. 138: "*Se aplicará prisión de 1 a 4 años al que, por un acto cualquiera, hiciere incierto, alterare o suprimiere el estado civil de otro*".

La extensión de un certificado de nacimiento falso tiene como consecuencia algunas de las conductas tipificadas en este artículo.

Art. 139-tercero: "*Será reprimido con reclusión o prisión de 3 a 10 años el que falsificare, promoviere o de cualquier modo intermediare en la perpetración de los delitos comprendidos en este capítulo, haya mediado o no precio o promesa remuneratoria o ejercido amenaza o abuso de autoridad, incurrirán en las penas establecidas en el párrafo anterior y sufrirán además inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, el funcionario público o profesional de la salud que cometa alguna de las conductas previstas en este capítulo*".

Tal como surge del último párrafo de este artículo la condición de "profesional de la salud" hace que el delito sea sancionado además con la inhabilitación especial.

D-2) Certificado de nacimiento. Falsificación

Establece la equiparación del certificado de nacimiento con los instrumentos de carácter público estableciendo las sanciones a quienes incurrieren en esta práctica y el agravante de la inhabilitación para los funcionarios públicos.

Art. 292: "El que hiciere en todo o en parte un documento falso o adulterare uno verdadero de modo que pueda resultar perjuicio, será reprimido con reclusión o prisión de 1 a 6 años, si se tratare de un instrumento público y con prisión de 6 meses a 2 años si se tratare de un instrumento privado. Si el documento falsificado o adulterado fuere de los destinados a acreditar la identidad de las personas.... la pena será de 3 a 8 años. Para los efectos del párrafo anterior están equiparados al los documentos destinados a acreditar la identidad de las personas ...los certificados de parto y de nacimiento".

Capítulo 4 — FECUNDACIÓN ASISTIDA

A) INTRODUCCIÓN

Las técnicas de reproducción asistida han permitido a parejas imposibilitadas de tener hijos por medios naturales, acceder a intervenciones médicas tendientes a subsanar esa dificultad.

Fue en la especie animal donde primero se investigó y experimentó en este sentido realizándose las primeras inseminaciones artificiales. Más tarde, estas ideas fueron tomadas e incorporadas al campo del saber médico y luego de largos debates sobre lo ético de estas actividades se concluyó en la necesidad de aplicar estos métodos en seres humanos.

Al principio, los resultados fueron desalentadores pero últimamente los avances en la tecnología permitieron alcanzar resultados no pensados en otra época.

En nuestro país se comenzó a trabajar en el tema en la década del 80 produciéndose en 1986 el primer nacimiento en estas condiciones, siendo actualmente, tema de discusión en diversos ámbitos del quehacer humano: científico, político, religioso, económico y filosófico, entre otros.

Dada la diversidad de criterios, opiniones y posiciones abordaremos esta temática desde la perspectiva médico-legal considerando las técnicas empleadas actualmente, los problemas jurídicos, éticos y las soluciones propuestas desde el punto de vista del Derecho.

B) PROBLEMÁTICA DE LA FECUNDACIÓN ASISTIDA

302 | En el tratamiento de la esterilidad existen técnicas de alta y baja complejidad según se exponen en el siguiente cuadro:

Técnicas	De baja complejidad	Inseminación cervical (I.C.) Inseminación intrauterina (I.U.I.) Inseminación intraperitoneal directa (D.I.P.I.) Inseminación intratubaria (T.I.)
	De alta complejidad	Fertilización in vitro (F.I.V.) Transferencia intratubaria de gametos (G.I.F.T.) Transferencia del peritoneo de ovocitos y espermatozoides (P.O.S.T.) Transferencia tubaria de embriones (T.E.T. o T.E.S.T.)

Estas técnicas plantean interrogantes éticos y jurídicos ya que existe un "vacío legal" al respecto. Los principales temas conflictivos son los siguientes:

I. Problemas de carácter estrictamente legal

1) *Legitimidad de los procedimientos en distintas situaciones:* pareja casada, uniones de hecho; mujeres solteras; parejas de homosexuales.

2) *Legitimidad de fecundación "in vitro" (F.I.V.):* número de embriones que deben ser transferidos, situación de los embriones que se dividen anómalamente.

3) *Legitimidad de la congelación de embriones:* deterioro de los embriones congelados, duración del período de congelación, destino de embriones "huérfanos" (por muerte de los padres biológicos).

4) *Donación y venta:* venta de óvulos o embriones conseguidos a través de tratamiento hormonal de la mujer que se va a someter a F.I.V.

5) *Legitimidad de la maternidad subrogada en sus diversas situaciones:* con fines lucrativos o realizada de forma filantrópica, para una pareja establemente constituida, en solteros o parejas de homosexuales masculinos

6) *Legitimidad de la experimentación con embriones conseguidos a través de la F.I.V.*

II) Problemática bioética

1) Manipuleo de gametas y embriones.

2) No implantación del embrión obtenido.

3) ¿Es posible la investigación médica en embriones humanos?

4) ¿Es válido producir embriones por F.I.V. investigación?

5) ¿Es válido investigar en embriones "sobrantes"?

Todas estas cuestiones nos remiten al tema acerca de cuándo comienza la vida humana ya que si tomamos como su inicio el momento de la concepción tal como lo establece nuestro Código Civil, todo lo planteado es moralmente reprochable y antijurídico ya que por ejemplo la "no implantación del embrión" sería conceptualmente un aborto.

Las modernas tecnologías abren cauce a las más variadas formas de agresión y ponen en peligro los atributos de la persona. El ser humano se ve cada vez más expuesto, más vulnerable y más inerte ante la tecnología ya que su aplicación indiscriminada afecta a la estructura social de la comunidad, sus valores éticos y su ordenamiento jurídico, cuando, por ejemplo, se pone en juego lo relativo a la paternidad en la inseminación artificial o la maternidad en la concepción extracorpórea.

Creemos que la respuesta la debe dar la *bioética* en conjunción con la filosofía, el derecho y los valores morales que cada sociedad tiene para sí.

C) LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA Y LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En este tema, el médico es el que asesora a aquellos que deciden adoptar este tratamiento. Sobre él recae la responsabilidad posterior en su intervención profesional por lo que deberá evaluar cada caso particular por la trascendencia que reviste una decisión de esta naturaleza.

Algunos autores proponen las siguientes precauciones que debería tomar el médico en este caso:

1. consentimiento por escrito de ambos cónyuges o de la mujer soltera, según sea el caso;
2. consentimiento del dador y de su esposa, si es casado;
3. que la atención del parto sea realizada por otro profesional quien será a su vez quien extienda el certificado de nacimiento.

D) SOLUCIONES PROPUESTAS. PROYECTOS LEGISLATIVOS

En el ámbito del Congreso de la Nación y en el momento actual existen 13 proyectos de ley relativos a estas técnicas. Puede decirse que algunos tienen orientación "permisiva" y otros, orientación "restrictiva". Entre los primeros se encuentran los de Storani-Lafferiere, Gómez Miranda, Natale-Antelo y J. P. Cafiero que se basan en la ley española de 1988 y la británica de 1990, dando preeminencia al deseo de los padres potenciales.

Entre los proyectos de orientación restrictiva se encuentran elaboradores por Britos, López de Zavalía, Camaño-Corchuelo Basco y Ruckauf-Iribarne siendo su criterio rector, el respeto por la vida embrionaria y el interés del menor en contar con un padre y una madre legales que coincidan con sus padres biológicos. Tienen como referencia las legislaciones alemana de 1990 la austríaca de 1992 y la Constitución de Suiza.

Los puntos salientes de las orientaciones señaladas pueden sintetizarse así:

ASPECTOS BÁSICOS	PROYECTOS DE LEY	
	PERMISIVOS	RESTRICTIVOS
<i>Comienzo de la vida</i>	cuando el óvulo fecundado se implanta	desde la fecundación
<i>Congelamiento de embriones</i>	Sí	No y se sanciona
<i>Transferencia de embriones fecundados in vitro</i>	Sin límite de número	Sólo dos
<i>Donación de embriones</i>	Sí. Anónima y gratuita	No la menciona
<i>Selección de sexo</i>	Sólo para impedir enfermedades genéticas	No la menciona
<i>(Alquiler de vientres)</i>	Nulo	Lo prohíbe
<i>Creación de organismos de control y asesoramiento</i>	Sí	Sí

E) CONCLUSIONES

Luego de lo expuesto puede decirse que es necesario un marco jurídico adecuado para resolver las innumerables cuestiones que se plantean ya que el Derecho no puede ignorar el avance científico, siendo además imprescindible que la ley que se sancione dé respuesta a los interrogantes y problemáticas presentes y que se garantice la calidad de las prestaciones que brindan los distintos centros dedicados al tema.

Capítulo 5 — ABORTO

A) CONCEPTO

Etimológicamente la palabra aborto deriva del latín ab: sin y orthus: nacimiento. El concepto médico-legal difiere del obstétrico. En efecto, en el *"Tratado de obstetricia"* de Willams, (20ª edición) se define al *aborto* como "la extracción o expulsión de un feto o un embrión del útero, durante la primera mitad de

la gestación (20 semanas o menos), que pese menos de 500 gramos o que mida menos de 25 cm", mientras que en nuestro medio en la *propuesta normativa perinatal del Ministerio de Salud y Acción Social* (1993) el aborto es definido como "la expulsión de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos (edad gestacional aproximada de hasta 20-22 semanas completas o de 140 a 154 días completos), o cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso o designación específica (ej. mola hidatiforme) independientemente de la edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea o no el aborto espontáneo o inducido".

En cambio, en medicina legal, se define al aborto como "la interrupción del embarazo en cualquier momento del mismo con muerte del producto de la concepción". O sea que es la muerte de la "persona por nacer", considerándose como tal a las que, no habiendo nacido se hallan concebidas en el seno materno.

B) CLASIFICACIÓN MÉDICO-LEGAL DEL ABORTO

Según las circunstancias de su producción tenemos distintas clases de aborto, a saber:

1. Aborto patológico o espontáneo

La frecuencia del aborto espontáneo aumenta desde un 12% en mujeres de menos de 20 años al 26% en mujeres de más de 40 años.

En su etiología hay:

a) Causas fetales:

- desarrollo anormal del cigoto: el hallazgo morfológico más frecuente en los abortos tempranos es una anomalía del desarrollo del cigoto;
- anomalías cromosómicas: aborto aneuploide, aborto euploide;
- patología placentaria.

b) Causas maternas:

- infecciones;
- enfermedades debilitantes crónicas, tbc, neoplasias;
- anomalías endócrinas: hipotiroidismo, diabetes, deficiencia de progesterona;
- uso de drogas;
- defectos uterinos

2. Aborto provocado

a) Aborto doloso o criminal

306 | "Es la interrupción provocada o dolosa del embarazo en cualquier momento del mismo, con muerte del producto de la concepción".

b) *Aborto preterintencional*

Es el causado con violencia sin haber tenido el propósito de causarlo cuando el estado de embarazo fuere notorio, o, al autor le constare su existencia.

c) *Aborto terapéutico*

Es el que se realiza para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, siempre y cuando, ese peligro no pueda ser evitado por otros medios.

d) *Aborto jurídico*

Es el que se realiza cuando el embarazo proviene de abuso sexual sobre mujer alienada.

e) *Aborto accidental*

Es aquel que se produce sin intención o voluntad de causarlo. No es punible penalmente pero, el hecho puede ser objeto de resarcimiento, a través de una demanda civil por daños y perjuicios. Es el resultado de un hecho accidental o sea de una circunstancia que no ha podido preverse o que prevista no pudo evitarse. El hecho más común es cuando en un accidente de tránsito la embarazada sufre un traumatismo a consecuencia del cual se interrumpe el embarazo con muerte del producto de la concepción.

f) *Aborto por estado de necesidad*

Se realiza para evitar un mal mayor inminente al que el autor ha sido extraño.

g) *Aborto indirecto*

Deriva de una consecuencia no deseada de una acción lícita a efectos de lograr un buen resultado.

Sucede cuando, por ejemplo, durante un embarazo aparece una neoplasia que obliga al empleo de terapia radiante y como consecuencia de ésta se interrumpe la gestación con muerte del producto de la concepción.

C) EL ABORTO EN EL CÓDIGO PENAL

En primer término diremos que el aborto está contemplado en el Código Penal en el Libro Segundo (*De los delitos*) Título I, Capítulo I —Delitos contra la vida—en los artículos 85 a 88 que seguidamente analizaremos:

El artículo 85 sanciona a quienes provoquen la interrupción del embarazo o sea a los autores del *aborto criminal*. Se pena con reclusión o prisión de 3 a 10 años al que obrare sin el consentimiento de la mujer. Dicha pena podrá elevarse hasta 15 años si el hecho fuera seguido de la muerte de la mujer. El mismo artículo en su parte final señala que la pena de reclusión o prisión será de 1 a 4 años si se obró con el consentimiento de la mujer mientras que la pena será de 6 años si el hecho tuviere como consecuencia, además, la muerte de la mujer.

Como vemos este artículo sanciona a quienes provoquen el aborto, variando la pena según se haya tenido, o no, el consentimiento de la mujer y se produjere, o no, la muerte de la madre.

El artículo 86 en su primera parte agrava las penas del artículo 85 cuando el

autor fuere médico, obstétrica o farmacéutico *inhabilitándolos por el doble tiempo del de la condena, si "abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo"*. En la segunda parte de este artículo se contemplan los abortos provocados pero no punibles, o sea, no sancionables ya que dice que "El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta *no es punible* en las siguientes circunstancias:

1. "Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios".

Esta es figura jurídica del *aborto terapéutico*. Es necesario destacar que para efectuarlo es necesario contar con el *consentimiento de la mujer embarazada* y que no hace falta solicitar la autorización judicial para realizarlo ni tampoco informar que se ha practicado. Es aconsejable la realización de una junta médica, uno de cuyos miembros debe ser especialista en la patología que presenta la paciente. Las conclusiones de esa junta deberán constar en la historia clínica. Resulta esencial la existencia de un peligro cierto para la salud de la madre siendo el daño que se quiere evitar, una amenaza comprobable que justifique la práctica de la interrupción del embarazo.

Es cada vez más restringida la necesidad de la interrupción del embarazo por razones terapéuticas. Las indicaciones bien documentadas son la enfermedad cardíaca persistente después de una descompensación cardíaca previa y la enfermedad cardiovascular hipertensiva, o sea, la eclampsia y preeclampsia severas.

En este último caso la decisión médica está condicionada a la respuesta terapéutica y a la vitalidad y madurez fetal siendo índices de gravedad: la disminución de la función renal; la alteración de la función hepática; las alteraciones de coagulación; el síndrome HELLP; el edema agudo pulmonar y las alteraciones neurológicas.

Otra indicación es el carcinoma invasor del cuello del útero.

2. En el inciso 2) de este artículo se señala que podrá efectuarse el aborto "si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente". En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

Tenemos así configurado el denominado *aborto jurídico* o *eugénico*.

En este sentido, hay que destacar que la legislación actual no autoriza la práctica del aborto en caso de violación en mujeres normales. Solamente lo autoriza en caso de que el delito de violación o atentado al pudor —hoy "abuso sexual"—hubiere sido cometido en una "*mujer idiota o demente*" de resultados del cual la mujer queda embarazada.

Cabe acotar que, por definición, el "acceso carnal" sin consentimiento válido, como sucede en el caso de la alienada, constituye una violación.

Dentro de la "*idiotia*" se incluye el *retraso mental moderado y grave*, excluyéndose a la "*débil mental*" o sea el retraso mental leve.

Cuando el Código habla de "mujer demente" quiere significar "demente en sentido jurídico o sea lo que en psiquiatría es *psicosis* o *alienación*".

Sintetizando puede decirse que:

1) La ley autoriza la interrupción del embarazo en los casos en que el embarazo sea la resultante del abuso sexual realizado sobre una alienada, en las condiciones señaladas (idiota o demente).

2) Es necesario que el representante legal de la mujer "idiota o demente" preste el consentimiento para efectuar el aborto y solicite la autorización judicial para practicarlo.

En el artículo 88 se establece la pena que recibe la mujer que pratique su propio aborto o consintiera que un tercero se lo practique. En efecto, dicho artículo expresa textualmente que "será reprimida con prisión de 1 a 4 años la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible".

Dado que el conocimiento por parte de las autoridades de la existencia de este delito se hace en base a las revelaciones efectuadas en la consulta médica, se plantea la relación entre este delito y el de violación de secreto profesional. Esta cuestión ha originado un debate tanto en el campo del Derecho como en el terreno médico, que data de muchos años y que se mantiene, existiendo dos corrientes de pensamiento un tanto irreductibles. No obstante la controversia de opiniones acerca de si el médico que asiste a una paciente, tanto en una institución pública como en privado, debe o no, denunciar maniobras abortivas de las que toma conocimiento con motivo del ejercicio de su profesión, hay en general, un consenso que tiende a proteger la privacidad y confianza que la paciente deposita en el médico, privilegiando así el secreto profesional en los términos del artículo 156.

En esta línea de pensamiento se inscribe la doctrina que surge del "plenario Frías" del 26-8-66 resuelto por mayoría, por la Cámara Nacional Criminal y Correccional de la Capital Federal en el que por 10 votos contra 7 resolvió que "no puede instruirse sumario criminal en contra de una mujer que haya causado su propio aborto o consentido en que otro se lo causare sobre la base de la denuncia efectuada por un profesional del arte de curar, que haya conocido el hecho en ejercicio de su profesión o empleo —oficial o no—pero sí corresponde hacerlo en todos los casos, respecto de sus coautores, instigadores o cómplices".

Entre los motivos de este fallo plenario se advirtió la colisión entre lo establecido en el artículo 88 del Código Penal y el precepto constitucional del artículo 18 que dice "Nadie está obligado a declarar contra sí mismo".

Creemos que el médico, en resguardo de su responsabilidad profesional, no viola el secreto médico cuando, durante el ejercicio de su profesión, toma conocimiento de la existencia de maniobras abortivas comunicando el hecho a la autoridad policial. En esa situación la *justa causa* se concreta en la existencia de un delito, por lo que está obligado a denunciarlo. La ley y la jurisprudencia son claras en el sentido ya que a raíz de esa denuncia "no puede instruirse sumario criminal en contra de la mujer... pero sí corresponde hacerlo en todos los casos respecto de los coautores, instigadores o cómplices" (Plenario Frías).

Al tipificar la figura del *aborto criminal* "como la interrupción provocada del embarazo con muerte del producto de la concepción, en cualquier momento del mismo" lo que la ley protege es vida de la "persona por nacer" o sea que pena el homicidio o sea, la muerte de quien tiene el derecho a la vida desde el momento de la concepción, porque cabe recordar, que el Código Civil establece que la existencia de las personas comienza desde "la concepción en el seno materno".

La cuestión es bien clara: si se mata a la persona por nacer será un aborto

mientras que si da muerte a una persona de existencia visible o sea después del nacimiento, será *homicidio*.

Los elementos que caracterizan al *aborto criminal* son entonces:

- a) la intención del autor;
- b) la interrupción del embarazo en cualquier momento del mismo, y,
- c) la muerte de la persona por nacer.

D) TÉCNICAS DEL ABORTO CRIMINAL

Las técnicas que se utilizan para provocar el aborto son las siguientes siendo importantes su conocimiento porque son signos que el médico debe buscar cuando debe realizar el *diagnóstico médico legal*:

Técnicas quirúrgicas:

Dilatación cervical seguida de evacuación uterina:

1. curetaje;
2. aspiración al vacío (curetaje por aspiración);
3. dilatación y evacuación.

Aspiración menstrual o miniaborto.

Laparotomía:

1. historotomía;
2. histerectomía

Técnicas médicas:

Oxitocina intravenosa.

Soluciones hipertónicas intraamnióticas:

- solución fisiológica al 20%;
- urea al 30%.

Postaglandinas E y F y análogos:

- inyección intraamniótica;
- inyección intraovular.
- inserción vaginal;
- inyección parenteral;
- ingestión oral.

Antiprogesteronas.

Diferentes combinaciones de los anteriores.

E) COMPLICACIONES DEL ABORTO CRIMINAL

Se ha comprobado la producción de hemorragias severas, sepsis, shock bacteriano e insuficiencia renal aguda. Puede haber infecciones uterinas como endometritis y parametritis con peritonitis localizada o generalizada.

Las complicaciones son variadas y algunas de ellas pueden llevar a la muerte y dependen de la técnica que se haya empleado. Las más comunes son las siguientes:

- 1) Embolia gaseosa.
- 2) Perforación del útero sola o acompañada de la perforación de otras vísceras con infección concomitante.
- 3) Endometriitis.
- 4) Aborto séptico.

F) DIAGNÓSTICO MÉDICO-LEGAL DEL ABORTO CRIMINAL

Puede hacerse en la mujer viva o en el cadáver.

• Diagnóstico médico-legal del aborto criminal en la mujer viva

Comprende los siguientes pasos:

a) *Examen psíquico*: que está destinado a determinar el mental de quien será examinada con el fin de establecer la verosimilitud del hecho que relate.

b) *Examen físico*: deben señalarse especialmente las lesiones que se observen en la superficie corporal tanto las de origen traumático como las de naturaleza médica como ser punturas de inyección y otras de similares caracteres.

c) *Examen ginecológico*: es el punto de máxima importancia ya que se pondrá de manifiesto los signos de las maniobras abortivas. De acuerdo a nuestra experiencia, en nuestro medio la técnica más frecuentemente utilizada es el *curetaje* (ver Técnicas del aborto criminal). Por ello en esta parte del examen se tendrá especial cuidado en observar el cuello uterino pues es el sitio que guarda con más fidelidad los signos derivados de las maniobras instrumentales que se realizan al efectuarse el *curetaje*. En efecto, al realizar el examen del cuello uterino, las lesiones típicas se observan a ese nivel consintiendo en soluciones de continuidad de la mucosa (excoriaciones) que no sobrepasan el corion, generalmente de carácter múltiple, siendo su observación tanto más evidente cuanto más cercana sea ésta a la fecha de su producción ya que dado el carácter superficial se tiende, rápidamente, a la reparación con restitución *ad-integrum* (ver fotos 1 y 2).

• Diagnóstico en el cadáver

Se realiza al practicar la autopsia médico-legal. En general de cadáveres procedentes de hospitales a los que la paciente concurrió por presentar las complicaciones que son las que llevan a la muerte evidenciándose en el examen postmortem los signos que componen el cuadro séptico vía final común a todos ellos. Son importantes los signos derivados de una autopsia practicada metódicamente en la que, generalmente, se constata lo siguiente:

a) en el examen externo: piel, mucosas y escleróticas con coloración amarillenta; signos de embarazo (aumento del tamaño de las mamas; hiperpigmentación, secreción calostrál y aumento del abdomen de acuerdo a la época del embarazo);

b) en el examen interno debe prestarse especial atención al examen del aparato genital: en el cuello uterino pueden observarse los signos provocados por el

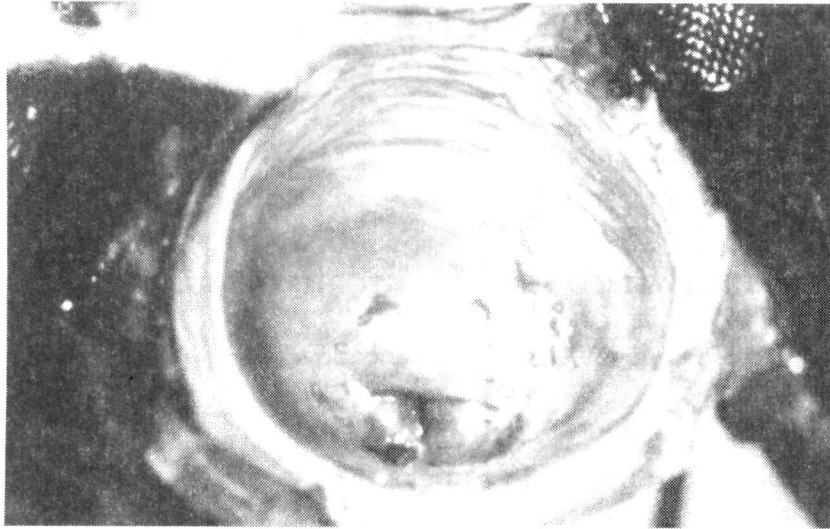


Foto 1: Cuello uterino con lesiones múltiples de origen traumático resultado de maniobras abortivas.

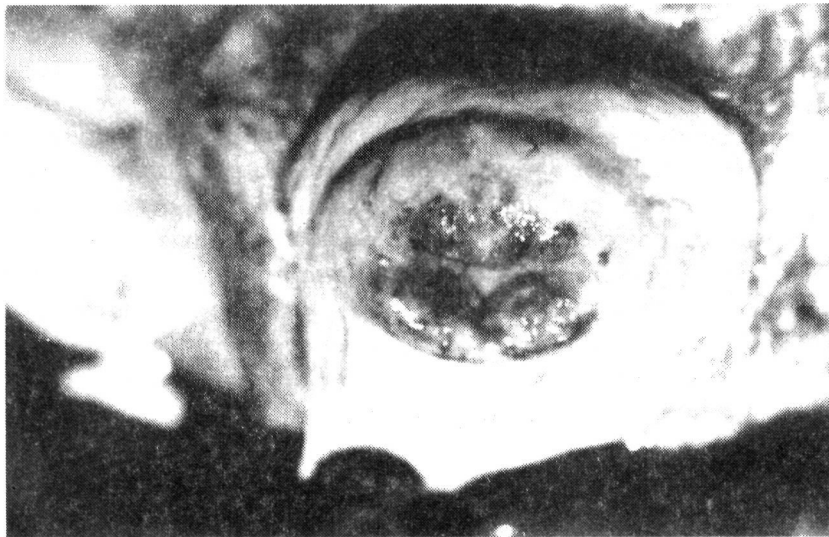


Foto 2: Lesiones traumáticas múltiples en el cuello uterino procedentes de maniobras abortivas con exocervicitis preexistente.

instrumental utilizado en las maniobras tal como fuera descrito en el examen en la mujer viva. Estas lesiones se acompañan muchas veces de una exo y endocervicitis. El examen del útero mostrará un tamaño acorde a la edad gestacional y en su interior y pared los cambios propios de la gestación, signos del legrado, restos placentarios y fetales y/o perforaciones. Deberá buscarse asimismo el cuerpo amarillo. El resto del examen interno mostrará la evidencia

del cuadro séptico a nivel pulmonar; esplénico; hepático y renal así como los *signos de las complicaciones como perforaciones y desgarros de vísceras.*

El examen macaroscópico deberá acompañarse siempre del estudio microscópico del útero y anexos para confirmar el diagnóstico siendo aconsejable también el estudio de la hipófisis para demostrar la existencia de las células naviculares en el lóbulo anterior, típicas del embarazo.

Muchas veces se solicita el estudio del material hallado en el instrumental utilizado para realizar las maniobras abortivas. Este material debe ser estudiado microscópicamente siendo de decisivo valor el hallazgo de vellosidades coriales signo inequívoco de que ha sido utilizado para realizar el legrado de la cavidad uterina y que además por sus caracteres anatomopatológicos nos indica a qué trimestre de la gestación pertenecen.

LIBRO XIV

SEXOLOGÍA MÉDICO-LEGAL

José A. Patitó

INTRODUCCIÓN. GENERALIDADES.

Se define a la *Sexología* como la disciplina que estudia las cuestiones vinculadas al sexo en sus diversas vertientes: médica, sociológica, jurídica y antropológica. Entendemos como *Sexología Forense* o *Medicina Legal Sexológica* a la rama de la Medicina Legal que estudia "la aplicación de los conocimientos médicos tendientes a dar respuesta a las cuestiones que plantea el sexo en el ámbito de la justicia".

Previo al estudio de las cuestiones medicolegales relacionadas con el sexo debemos conocer sus aspectos biológicos y psicosociales que ya que el sexo resulta de la integración armónica de lo biológico con lo social por lo que tenemos:

1) El sexo biológico

Está determinado por:

- a) el sexo cromosómico o genético: conformado por los cromosomas sexuales XX en el sexo femenino y XY en el masculino;
- b) sexo cromatínico: dado por la presencia del corpúsculo de Barr en el sexo femenino;
- c) sexo endocrino: dado por la presencia de gonadas femenina (ovarios) o masculina (testículos);
- d) sexo genital: dado por la conformación de los órganos genitales externos e internos; y
- e) sexo morfológico: constituido por los caracteres que conforman el organismo femenino o masculino como el cartílago laríngeo, los diámetros pelvianos, la estructura ósea y el desarrollo muscular, entre los más salientes.

2) El sexo psicosocial

Conformado por:

- a) el sexo psíquico: representado por la plena conciencia de la pertenencia a uno u otro sexo;
- b) el sexo social: que es el rol que atribuye la sociedad —familia, trabajo, escuela— a cada individuo y que en cierta forma condiciona la expresión final asentada en lo biológico y psíquico. La escuela psicoanalítica llama a este proceso de atribución de la identidad sexual: sexuación y lo define como el "procedimiento inconciente del que se valen los padres y la cultura para situar al niño o niña en una cierta posición sexual".
- c) el sexo jurídico: es aquel con el que está inscripto cada individuo en el

Registro Civil y que surge del Certificado de Nacimiento.

Son motivo de estudio y de incumbencia de la *Sexología Médico-Legal* los siguientes temas:

- *Delitos contra la integridad sexual*
- *Contagio venéreo*
- *Trastornos de la personalidad derivados de desviaciones o cambios de orientación del instinto sexual*
- *Impotencia sexual*
- *Estados intersexuales*

Capítulo 1 — DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

a) ANTECEDENTES Y TIPIFICACION

La violencia sexual es una conducta jurídicamente reprochable. La víctima puede ser cualquier persona sin distinción de sexo, edad o condición social. Hallamos sus raíces en el comienzo de la humanidad, en la noción tribal, bíblica y feudal —que llega hasta nuestros días—, según la cual se considera a la mujer como propiedad del hombre, sin libertad en cuanto a la elección sexual.

La ley N° 25.087, promulgada el 7 de mayo de 1999 modificó los artículos del Código Penal vinculados a esta temática llamando a los agravios sexuales "*delitos contra la integridad sexual*". Esta denominación desplaza y reemplaza a lo que se conocía como *delitos contra la honestidad*. De este modo la legislación se encausa dentro de las modernas tendencias sobre el tema ya adoptadas por otras legislaciones como la alemana, española y portuguesa que denominan a estas conductas respectivamente "*Delitos contra la autodeterminación sexual*", "*Delitos contra la libertad sexual*" y "*Delitos sexuales*".

La reforma introducida por la ley 25.087 también respondió a la demanda social en vista de las nuevas modalidades delictivas en cuanto al sexo y también aspira a superar situaciones jurídicas conflictivas puesto que en un fallo reciente la Sala III de la Cámara de Casación Penal confirmó la sentencia a 10 años de prisión del Tribunal Oral de la Capital, N° 14 en la que se concluyó en que la penetración del pene en la cavidad bucal de la víctima, sin su consentimiento válido, constituye delito de *violación*, mientras que la Sala IV de la misma Cámara sostuvo en otro fallo en un caso similar, que la referida conducta constituía *abuso deshonesto*.

También encontramos elementos que clarifican las nuevas figuras jurídicas en la exposición de motivos del proyecto de ley finalmente sancionada del que extractamos los siguientes conceptos de interés médico-legal: "... la ubicación y conceptualización de las agresiones y vejámenes que afectan la integridad y el ejercicio autónomo de la sexualidad de las personas como delitos contra la honestidad, se basa en los valores vigentes en épocas de Alfonso X, los cuales hacían referencia al honor mancillado (buena fama) de las mujeres afectadas por esos comportamientos sexuales, al hecho de que dejaban de ser honestas y, por lo tanto, resultaban doblemente victimizadas, por el agresor y por la socie-

dad. Pero sobre todo, se referían al honor y al nombre de quienes eran sus dueños, tutores o responsables, es decir, padres, esposo, tíos, padrinos, patriarcas familiares, señores, etc. ..." "... Es necesario puntualizar que las agresiones de referencia afectan no el honor o la honestidad de las víctimas de dichas acciones, sino su integridad y dignidad como personas. Si bien es cierto que estos delitos afectan su libertad, las personas afectadas viven esas situaciones particularmente como atentados a su propia integridad, privacidad e identidad, más allá de que también afecten a sus familiares, tutores, al Estado..."

Con este nuevo enfoque los bienes jurídicos que protege la reforma penal son la integridad y dignidad de las personas.

Como ya señalamos, la ley 25.087 sustituyó la rúbrica del Título III (C.P.) "Delitos contra la honestidad", por la de "*Delitos contra la integridad sexual*" anulando la subdivisión del mismo en Capítulos y derogando los artículos 121, 122, 123 y 131. De este modo los "Delitos contra la Integridad Sexual" se hallan tipificados de la siguiente forma:

1. *Abuso sexual y sus variantes* (arts. 119 y 120)
2. *Corrupción y prostitución* (arts. 125, 126 y 127)
3. *Pornografía* (art. 128)
4. *Exhibiciones obscenas* (art. 129)
5. *Rapto* (art. 130)

Por ser de importancia en la práctica médica asistencial estudiaremos los delitos referidos al *abuso sexual y exhibiciones obscenas*.

b) ABUSO SEXUAL Y SUS VARIEDADES

b.1.) Abuso sexual

"Abusar" significa usar mal, en forma excesiva, impropia, injusta o indebida siendo indiferentes a los fines de la ley del sexo tanto de la víctima como del autor.

Este delito está tipificado en el primer párrafo del artículo 119 (C.P.): "*Será reprimido con reclusión o prisión de seis meses a cuatro años el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando, ésta fuera menor de trece años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente su acción*".

Quedan comprendidas dentro de la noción de *abuso sexual* todas las acciones de connotación sexual en las circunstancias establecidas en el texto legal transcrito, descartándose el *acceso carnal*, tipificado en el tercer párrafo del mismo artículo. Esta diferencia fue prevista por los legisladores, tal como surge del debate en el Senado del que extractamos que: "... la penetración de objetos como ser los comúnmente denominados consoladores o cualquier otro elementos que no sea el pene en cualquier cavidad, ya sea bucal, anal o vaginal ... constituye abuso sexual y no violación..."

Con un sentido práctico, teniendo en cuenta las consideraciones previas pode-

mos decir que el *abuso sexual* está dado cuando hay "contacto con el cuerpo de la víctima, con connotación sexual, ya sea con los órganos sexuales del autor o cualquier otra parte de su cuerpo o mediante la introducción de objetos en orificios naturales de la víctima." Estas acciones constituyen delito cuando no existe, en esos actos, consentimiento válido de la víctima ya sea por su edad (menor de 13 años) o cuando medie violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia de autoridad o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido *consentir libremente la acción*.

Los elementos constitutivos del delito de *abuso sexual* serían los siguientes:

- a) *Autor*: de uno u otro sexo.
- b) *Víctima*: de uno u otro sexo, menor de 13 años, o cuando por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.
- c) *Acto*: de connotación sexual (acercamiento o contacto del cuerpo del autor con el de la víctima o introducción de objetos en orificios naturales de la víctima).

b.2.) Abuso sexual con agravantes o agravado

En el quinto párrafo del artículo 119 se establece que la pena "será de tres a diez años de reclusión o prisión si en la ejecución del delito concurrieren los supuestos de los incisos a), b), d), e) y f)" del cuarto párrafo y que son:

- a) si resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima;
- b) si el hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda;
- d) si el hecho fuere cometido por dos o más personas o con armas;
- e) si el hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión sus funciones;
- f) si el hecho fuere cometido contra un menor de dieciocho años aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo.

b.3.) Abuso sexual con sometimiento gravemente ultrajante

Está contemplado en el segundo párrafo del artículo 119 cuando dice: "La pena será de cuatro a diez años de reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización, hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima".

De acuerdo al texto legal, el abuso sexual tendrá esta calificación cuando por su prolongación en el tiempo (duración) o toma de conocimiento por terceros (circunstancias), menoscabe la integridad sexual de tal forma que se configure, además, una situación injuriosa y degradante (gravemente ultrajante) hacia la víctima.

Este delito será agravado y penado con prisión reclusión de ocho a veinte años si concurrieren las circunstancias enumeradas en el cuarto párrafo, incisos a) a f) del mismo artículo y que expondremos en el punto 5) al referirnos a los agravantes del abuso sexual con acceso carnal.

b.4.) Abuso sexual con acceso carnal, acceso carnal abusivo o violación

Está contemplado en el tercer párrafo del artículo 119: *"La pena será de seis a quince años de reclusión o prisión cuando mediante las circunstancias del primer párrafo hubiere acceso carnal por cualquier vía"*.

En este delito el autor es el varón porque debe entenderse como "acceso carnal" a la penetración del pene en cualquier cavidad (anal, vaginal o bucal). La innovación que introdujo la ley 25.087 es considerar delito cuando el acceso se efectúa "por cualquier vía", no sólo la genital porque se considera que la penetración del pene en la cavidad bucal tiene el mismo nivel de agresión que la penetración vaginal o anal.

La comprensión y el sentido de esta reforma la encontramos en la exposición de motivos del proyecto de ley del que extraemos los siguientes conceptos de interés médico-legal: "La concepción de la acción es más amplia que en el código actual, ya que permite incriminar como violación a todo tipo de penetración, incluyendo casos como la *fellatio in ore* y la penetración anal."...

... "Esta ampliación tiene su justificación en la comprobación de que los efectos psicológicos y físicos, emocionales y sexuales sobre la víctima son los mismos en estos casos que en los que mencionaba la figura tradicional. La violación fue definida por la ley como una ofensa heterosexual caracterizada por la cópula genital, sin embargo, los ataques sexuales no se limitan a la cópula genital forzada, ni es exclusivamente una ofensa de los valores contra las mujeres. La tradición y la oportunidad biológica han otorgado a la violación vaginal un lugar principal como un crimen con una particular historia política, pero la invasión puede ocurrir a través de la boca o el ano o por otros actos igualmente gravosos para la integridad de la víctima. ¿Quién puede decir que la humillación sufrida por la penetración anal u oral forzada es una violación menor de los espacios íntimos, privados, una menor injuria a la mente, al espíritu, al sentido de sí misma de la víctima? Todos estos actos forzados deben ser tratados conceptualmente como ofensas igualmente graves desde la perspectiva del derecho, dado que la vía de la penetración es menos significativa que la degradación a los efectos de la injuria al bien jurídico que se pretende tutelar."

Se configura entonces el delito de violación en la siguiente forma:

- a) *Autor*: el hombre.
- b) *Víctima*: hombre o mujer,
menor de 13 años,
o cuando mediare alguna de las circunstancias enunciadas en el primer párrafo del artículo 119: en las que está "viciado el consentimiento sea mediante violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio lo que significa el uso de una fuerza

física o de cualquier otro medio que atemorizare a la víctima, o si por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción", tal como ocurre en alienados o por pérdida de la conciencia.

c) **Acto:** *acceso carnal por cualquier vía.*

La palabra "acceso" deriva de la palabra latina *accesus* que significa "ayuntamiento", "entrada" o "paso". Es el elemento material que configura el delito: se produce al penetrar el pene en forma total o parcial y haya o no eyaculación.

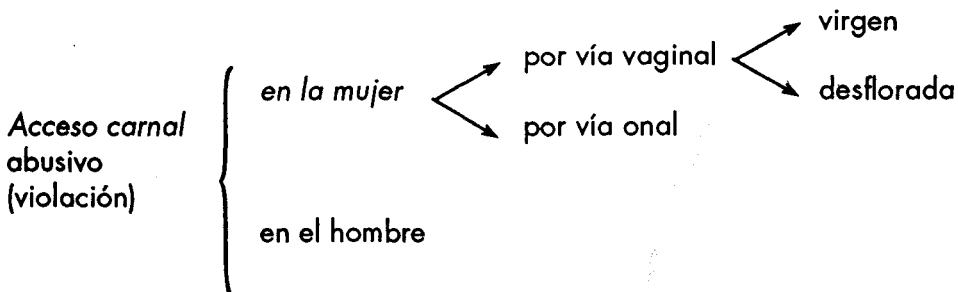
b.5.) Agravantes del acceso carnal abusivo, o violación

Son agravantes de este delito las situaciones previstas en el cuarto párrafo del artículo 119 sancionados con pena de prisión o reclusión de ocho a veinte años y que son las siguientes:

- a) si "resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima";
- b) si "el hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda;
- c) si "el autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave y hubiere existido peligro de contagio";
- d) si "el hecho fuere cometido por dos o más personas, o con armas";
- e) si "el hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones";
- f) si "el hecho fuere cometido contra un menor de dieciocho años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo".

b.6.) Diagnóstico médico-legal de la violación

En caso de acceso carnal por vía genital o anal podemos tener las siguientes situaciones:



•) Diagnóstico médico-legal de la violación en la mujer virgen

- a) el examen psíquico: tendiente a determinar el estado mental
 b) el examen físico: que incluye un examen *general* tendiente a determinar la edad aparente y las lesiones, y el examen *ginecológico*.

El examen ginecológico deberá realizarse con muy buena iluminación. Se comienza con la inspección de las regiones pudendas. Se tomarán con el pulgar y el índice de cada mano enguantada, los grandes labios por su parte media y se tirará hacia afuera y arriba con lo cual quedará visible el orificio de entrada de las vías genitales o sea el llamado por los anatomistas, *conducto vulvar* de forma infundibular. En el fondo aparecerá el *himen* desplegado y distendido, intacto o desgarrado.

El *himen* es una membrana fina proveniente de un relieve de la mucosa vaginal que forma un diafragma pequeño en el límite de separación del *canal vaginal con la vulva*, dispuesto perpendicularmente al eje longitudinal vaginal que hace que adopte la posición *horizontal* cuando la mujer está *de pie* y en cambio una posición *vertical* si se halla en *decúbito dorsal*.

Al atravesarse el himen se estará en presencia del principal elemento *médicolegal y jurídico del delito de violación* en la mujer virgen o sea que se está en condiciones de decir que en esa circunstancia hubo *acceso carnal*.

Histología del himen: está formado por una lámina de tejido conectivo fibroso con abundantes fibras elásticas y ricamente vascularizado, recubierta por epitelio pavimentoso estratificado. Debido a su estructura y a la preponderancia de un tipo de tejido existen hímenes tenues, muy elásticos y otros resistentes.

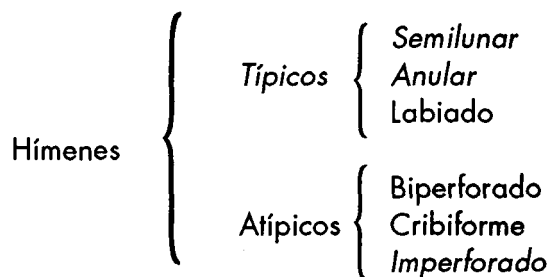
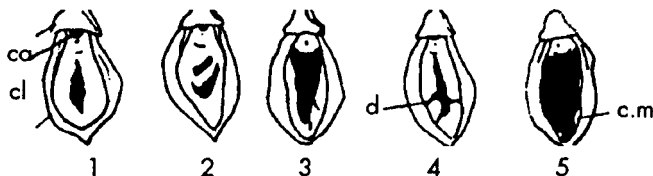


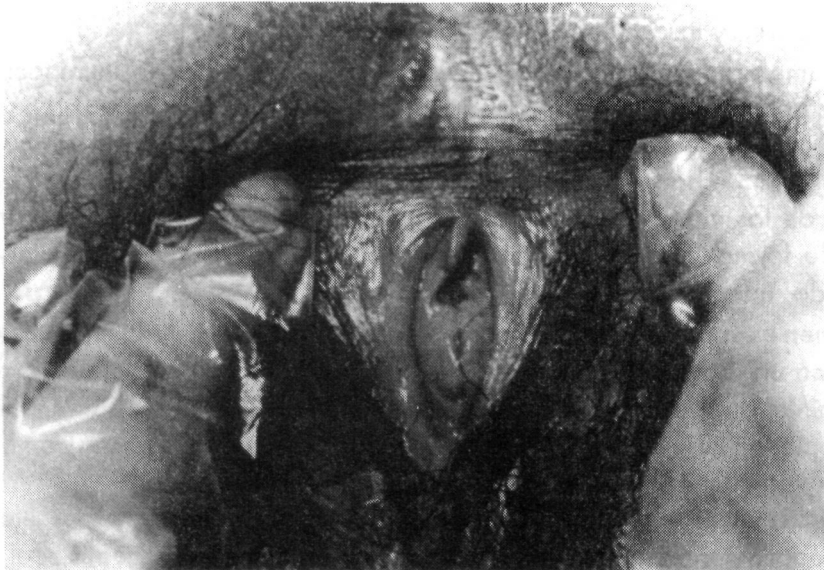
Foto N° 1: Variedades de hímenes



ca capuchón
 cl clitoris
 lm labios menores

- 1 himen anular
- 2 himen cribiforme
- 3 himen semilunar con escotaduras congénitas
- 4 himen con desgarros
- 5 himen de mujer desflorada con carúnculas mirtiformes (c.m.)

Foto Nº 2: Desgarro de himen en hora 1



Desgarro: la desfloración es el resultado del acceso carnal de la mujer virgen y comporta la ruptura de la membrana himeneal. En este aspecto deben estudiarse: la hemorragia, la forma del desgarro, la cicatrización y el diagnóstico diferencial entre desgarro y escotadura congénita.

Hemorragia: en el examen ginecológico si el desgarro es reciente se puede observar la existencia de sangre y coágulos en la región himeneal desgarrada.

Forma y número del desgarro: el desgarro alcanza a toda la membrana himeneal o sea que va desde el borde libre hasta la inserción en la pared vaginal y, puede ser único o múltiple. Los colgajos resultantes del desgarro himeneal no se confrontan ni se reúnen sino que sus *bordes cruentos se retraen* y cicatrizan mediante tejido fibroso. El tiempo que tarda en organizarse el tejido fibroso es término medio de 7 a 10 días.

Las escotaduras congénitas suelen ser simétricas, no llegan a la pared vaginal y están recubiertas por epitelio pavimentoso.

Diagnóstico diferencial

	<i>Escotadura congénita</i>	<i>Desgarro</i>
1.	incompleta	completo
2.	bordes regulares	bordes irregulares
3.	simétricas	asimétricos
4.	bordes recubiertos por epitelio pavimentoso	bordes constituidos por tejido fibroso y retraídos

324 Tanto los desgarros como las escotaduras deben describirse consignando su ubicación según el cuadrante del reloj: (Ej. desgarro en hora 5).

•) **Diagnóstico médicolegal de la violación en la mujer desflorada**

Los pasos a seguir son los mismos que los relatados precedentemente. Se podrá observar, si el examen es hecho casi de inmediato, congestión y rubicundez de la vulva y vagina.

Tanto en la mujer virgen como en la desflorada, el examen clínico debe completarse con la toma de muestras que incluyen:

- 1) material de aspiración del fondo de saco vaginal para investigar espermatozoides;
- 2) material subungueal para obtener pelos, tejidos o sangre del victimario;
- 3) flujo vaginal;
- 4) sangre y orina.

Respecto de la violación por *vía anal* nos remitimos al apartado siguiente ya que presenta las mismas características en ambos sexos, revistiendo particular importancia los desgarros en la región anal tal como se ve en la fotografía N° 3.

•) **Diagnóstico médicolegal de la violación en el varón**

Es el resultado de la penetración del pene por vía anal y comprende:

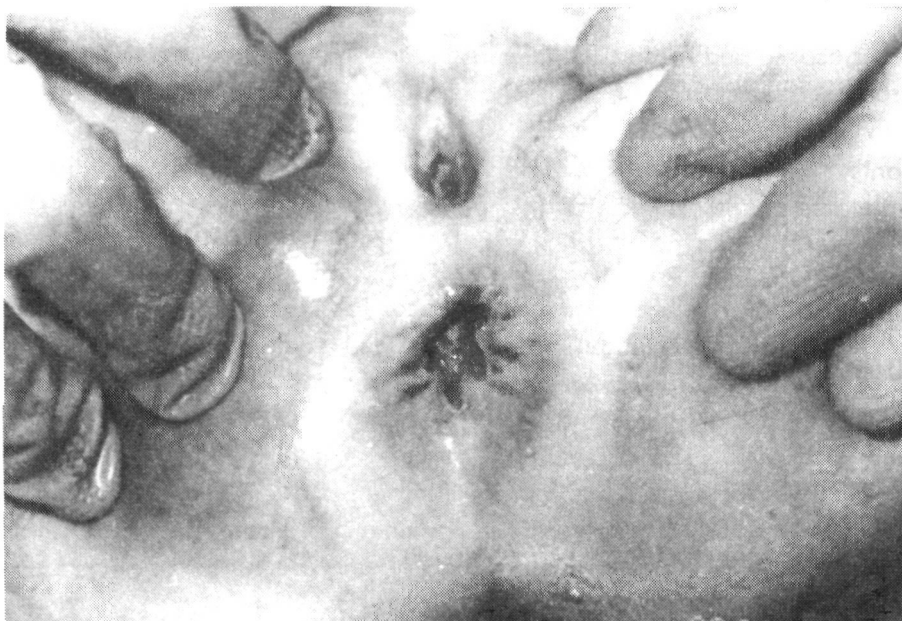
- 1) el examen psíquico: para determinar el estado mental
- 2) el examen físico:
 - general: que incluye edad aparente y lesiones;
 - el examen de la región anal y perianal: en casos de carácter reciente debemos señalar que los signos no son constantes ya que la existencia de lesiones depende de la violencia con que se ejecutó el acto y de la desproporción de volúmenes entre las partes anatómicas involucradas.

Según Testut el ano es un conducto de 15 a 20 mm de largo que tiene un extremidad superior que corresponde al extremo distal del recto y una extremidad inferior que es cutánea y que continúa la mucosa del orificio.

Inspeccionando el orificio con el examinado de rodillas sobre la camilla con la cabeza y tronco bajos en posición "mahometana", en estado normal dicho orificio se presenta cerrado y reducido a una hendidura anteroposterior de cuyo contorno parten en forma radiada cierto número de pliegues llamados "pliegues radiados". En el caso de observarse lesiones traumáticas debe seguirse una metodología siendo la más adecuada consignar las mismas según el cuadrante del reloj siguiendo la dirección de las agujas del mismo o sea de izquierda a derecha. En caso de violencia se pueden ver:

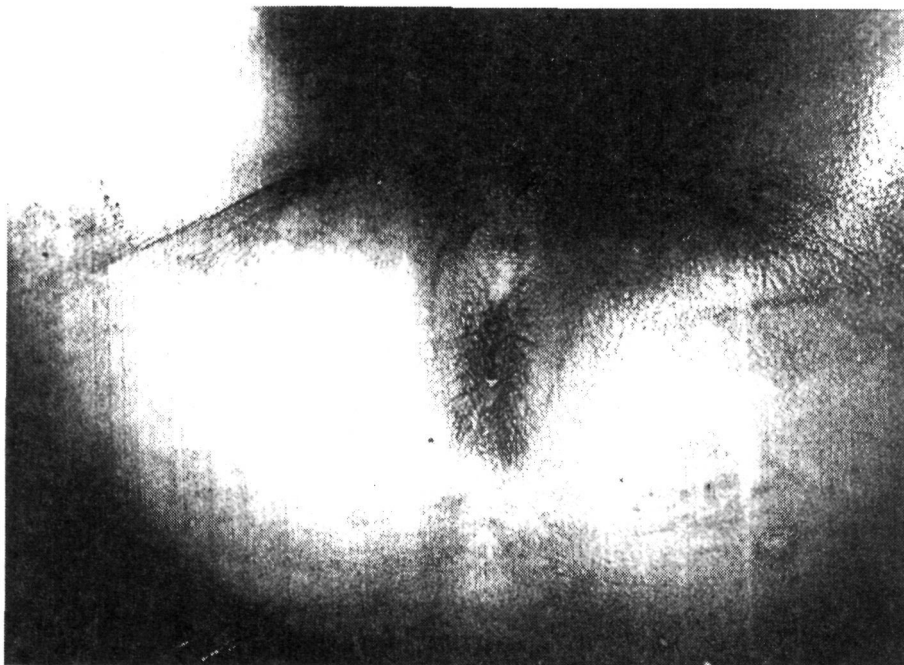
- 1) congestión, edema y rubicundez;
- 2) desgarros y hemorragias comúnmente en horas 6 a 12;
- 3) orificio anal doloroso;
- 4) "estupor anal" o sea dilatación atónica como consecuencia de una dilatación brusca y violenta con borramiento de los pliegues. Debe diferenciarse esta situación del denominado "ano infundibuliforme" descrito en caso de accesos carnales repetidos en el tiempo compatibles con la pederastia pasiva crónica.

Foto N° 3: Desgarros en la región anal y perianal



El examen clínico se completa con la toma de muestra del material anal para determinar la presencia de espermatozoides permitiéndose con ello la identificación del autor del delito.

Foto N° 4: Desgarro anal en hora 12



c. Estupro o acceso carnal abusivo con aprovechamiento de la inmadurez sexual de la víctima

Este delito se encuentra tipificado en el primer párrafo del art. 120: "*Será reprimido con prisión o reclusión de tres a seis años el que realizare algunas de las acciones previstas en el segundo o en el tercer párrafo del artículo 119 con una persona menor de dieciséis años, aprovechándose de su inmadurez sexual, en razón de la mayoría de edad del autor, su relación de preeminencia respecto de la víctima, u otra circunstancia equivalente, siempre que no resultare un delito más severamente penado*".

En este punto resulta pertinente destacar las motivaciones que tuvieron los legisladores al redactar este artículo y que surgen del debate en el Senado de la Nación del que extraemos los siguientes conceptos: "En materia de estupro se aumenta la edad de la víctima que siempre en nuestro Código Penal fue de 15 años, a 16 años. Acá se eliminan los dos conceptos: se eleva la edad y se elimina el concepto de mujer porque también puede ser objeto de estupro el hombre, aunque obviamente en menor número, pero se están dando muchos casos en la jurisprudencia y se elimina el concepto de mujer honesta incorporándose la idea de la inmadurez sexual".

El estupro entonces, consiste en el acceso carnal —por cualquier vía— cuando la víctima, varón o mujer, tuviere entre 13 y 16 años siendo el elemento que lo distingue de la violación la circunstancia de la *inmadurez sexual* debiéndose interpretar a ésta como el abuso que hace el autor de la *inexperiencia* de la víctima en ese aspecto.

Puede entonces configurarse este delito de la siguiente forma:

- a) *Autor:* varón.
- b) *Víctima:* varón o mujer de 13 a 16 años de edad.
- c) *Acto:* acceso carnal por cualquier vía.
- d) *Circunstancia distintiva:* inmadurez sexual de la víctima.

Este delito se encuentra agravado si mediaren las circunstancias agravantes contempladas en los incisos a), b), c), e) o f) del cuarto párrafo del artículo 119 ya vistos.

d. Elementos comunes a los delitos contra la integridad sexual

d.1) Muerte de la víctima

La muerte de una persona, víctima de un delito contra la integridad sexual en todas sus variedades, es un agravante previsto en el artículo 124 del Código Penal y sancionado con una pena más severa: "*Se impondrá reclusión o prisión de 15 a 25 años cuando en los casos de los artículos 119 y 120 resultare la muerte de la persona ofendida*".

d.2) Cooperación en el delito

El art. 133 establece penas para quienes colaboren en este tipo de delitos: *"Los ascendientes, descendientes, cónyuges, convivientes, afines en la línea recta, hermanos, tutores, curadores y cualesquiera persona que, con uso de una relación de dependencia, de autoridad, de poder, de confianza, o encargo, cooperaren en la perpetración de los delitos, comprendidos en este título serán reprimidos con la pena de los autores"*.

E. Denuncia

Los delitos contra la integridad sexual son acciones dependientes de instancia privada correspondiendo la denuncia a la víctima, tutor, guardador o representante legal tal como establece el artículo 72 del Código Penal: *"Son acciones dependientes de instancia privada las que nacen de los siguientes delitos: 1) los previstos en los artículos 119, 120 y 130 del Código Penal cuando no resultare la muerte de la persona ofendida o lesiones de las mencionadas en el artículo 91 (...) en los casos de este artículo, no se procederá a firmar causa sino por acusación o denuncia del agraviado, de su tutor, guardador o representantes legales. Sin embargo, se procederá de oficio cuando el delito fuere cometido contra un menor que no tenga padres, tutor ni guardador o que lo fuere por uno de sus ascendientes, tutor o guardador."*

Cuando existieren intereses gravemente contrapuestos entre algunos de éstos y el menor, el fiscal podrá actuar de oficio cuando así resultare más conveniente para el interés superior de aquel."

F. Acción penal pública

El art. 132 del C.P. establece además que *"En los delitos previstos en los artículos 119, 1º, 2º y 3º párrafos 120, 1º párrafo y 130, la víctima podrá instar el ejercicio de la acción penal pública con el asesoramiento o representación de instituciones oficiales o privadas sin fines de lucro de protección o ayuda a las víctimas. Si ella fuere mayor de dieciséis años podrá proponer un avenimiento con el imputado. El Tribunal podrá excepcionalmente aceptar la propuesta que haya sido libremente formulada y en condiciones de plena igualdad, cuando, en consideración a la especial y comprobada relación afectiva preexistente, considere que es un modo más equitativo de armonizar el conflicto con mejor resguardo del interés de la víctima. En tal caso la acción penal quedará extinguida; o en el mismo supuesto también podrá disponer la aplicación al caso de lo dispuesto por los artículos 76 ter y 76 quater del Código Penal"*.

G. Exhibiciones obscenas

Este delito está tipificado en el art. 129 cuando expresa: *"Será reprimido con multa de mil a quince mil pesos el que ejecutare o hiciese ejecutar por otros*

actos de exhibiciones obscenas expuestas a ser vistas involuntariamente por terceros.

Si los afectados fueren menores de dieciocho años la pena será de prisión de seis meses a cuatro años. Lo mismo valdrá, con independencia de la voluntad del afectado, cuando se tratare de un menor de trece años”.

De análisis de este artículo surge que el lugar puede ser cualquier sitio en que el acto pueda ser visualizado por terceros (primer párrafo).

En el segundo párrafo se prevén los agravantes considerando al sujeto pasivo del delito o sea el tercero que lo visualiza. En efecto, si quien lo ve es menor de dieciocho años la pena será de prisión de seis meses a cuatro años mientras que lo mismo vale cuando el tercero es menor de 13 años puesto que tanto puede existir la involuntariedad de la visualización como una contemplación voluntaria.

Capítulo 2 — CONTAGIO VENÉREO

Se conocía con el término *Enfermedades venéreas* a un grupo de infecciones encontrándose entre las difundidas la sífilis y la gonococcia. A partir de la década del ochenta esa denominación comenzó a ser sustituida por la más amplia de *Enfermedades de transmisión sexual* incluyéndose a las enfermedades que se transmiten a través de las diversas formas de actividad sexual.

Se conocen aproximadamente 25 microorganismos que pueden transmitirse por vía sexual además de las nombradas destacándose como productores de estas enfermedades al herpes, clamidia, micoplasma, el papilomavirus (H.P.V.) y el virus de la inmunodeficiencia humana (H.I.V.).

CUESTIONES MÉDICO-LEGALES

• **Aspecto general:** Sobre el particular rigen las disposiciones de la ley 12.331 del año 1936 de la que pueden extraerse las siguientes disposiciones de interés médico-legal:

a) *Obligatoriedad del tratamiento e internación:* Deriva de lo dispuesto en los artículos 7 y 9. El artículo 7 dice: “toda persona que padezca enfermedad venérea en período contagioso, está obligada a hacerse tratar por un médico, ya privadamente ya en un establecimiento público. Los padres o tutores de un menor que padezca enfermedad venérea están obligados a cuidar el tratamiento de su hijo o pupilo”.

Por su parte en el artículo 9 se expresó que: “Las autoridades sanitarias podrán decretar la hospitalización forzosa para todo individuo contagioso que, agotados los recursos persuasivos no se someta con regularidad a la cura, y para aquellos cuyo tratamiento ambulatorio durante la fase de máximo contagio pueda constituir un peligro social”.

En este sentido estas patologías se diferencian del S.I.D.A. para la que rigen 329

las disposiciones legales sobre el particular a las que nos referimos en el capítulo respectivo. También, es nuestra opinión que la obligación de tratarse está en contraposición con el principio de autonomía de los pacientes expresamente contemplado en la ley N° 17.132 del ejercicio de la medicina, en el artículo 19, por el cual debe respetarse la determinación de los pacientes en cuanto a tratarse e internarse.

b) *Denuncia a las autoridades*: Los médicos deben efectuar la denuncia encuadrándose esta actitud dentro de la "justa causa" respecto del secreto profesional. Al efecto el artículo 10 dice que "el médico procurará informarse a los efectos exclusivamente sanitarios de la fuente del contagio, transmitiendo a las autoridades sanitarias las noticias que en este orden pudieran interesar a aquellas".

• **Aspectos jurídicos**: Podemos dividirlos en cuestiones de índole civil y otras de naturaleza penal.

a) *Cuestiones civiles*: Se refieren a la obtención del certificado prenupcial. La ley 12.331 en el artículo 13 y la ley 16.668 establecen la obligatoriedad de presentación en las oficinas del Registro Civil respectivo de un certificado en el que conste que tanto uno como otro contrayente "no se halla afectado de enfermedades venéreas en período de contagio".

b) *Cuestiones penales*: Encontramos referencia a este tema en la misma ley 12.331 y en el Código Penal.

1. La ley 12.331 en el artículo 18 sanciona a quien transmite una enfermedad venérea al establecer que: "será reprimido con la pena establecida en el artículo 202 del Código Penal quien sabiéndose afectado de una enfermedad venérea transmisible, la contagie a otra persona".

2. La transmisión de una enfermedad de este tipo en ocasión de la comisión de un delito sexual debe considerarse como un "grave daño en la salud", siendo entonces un agravante de este tipo de delitos tal como surge del artículo 119 ya visto.

Capítulo 3 — TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD QUE DERIVAN DE CAMBIOS DE ORIENTACIÓN O DESVIACIONES DEL INSTINTO SEXUAL

Se estudian bajo esta denominación algunas conductas como la homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transexualismo, transformismo, zoofilia, necrofilia, sadismo y masoquismo. Estas conductas "per se" no configuran delito y son estudiadas, dada su naturaleza en el Capítulo de Psiquiatría Forense (ver "Trastornos de la sexualidad").

Capítulo 4 — IMPOTENCIA SEXUAL

Se denomina así a "la falta de aptitud para realizar la cópula".

Clásicamente se clasifica a la *Impotencia sexual* en: impotencia *coeundi* e impotencia *generandi* o *conciendi* siendo importante esta diferenciación por los efectos legales que condicionan respecto del matrimonio civil.

Se llama *impotencia coeundi* a la falta de aptitud o incapacidad para el coito tanto en el hombre como en la mujer:

— La impotencia *coeundi* en el hombre puede deberse a factores anatómicos, psíquicos y/o funcionales teniendo en cuenta que lo primordial es la introducción del pene siendo la presencia de la erección el componente fundamental.

— La impotencia *coeundi* en la mujer está dada por la presencia de obstáculos que se opongan a la penetración del pene en la vagina. Entre las causas más comunes se encuentra el vaginismo y la presencia de obstáculos orgánicos tales como las estrecheces vulvares y anomalías de los labios mayores o menores.

La impotencia *generandi* o *conciendi* en el hombre y la mujer respectivamente se refieren a los cuadros de esterilidad, recibiendo el primero también el nombre de esterilidad varonil caracterizándose porque hay erección y puede efectuarse la cópula pero no hay fecundación por ausencia o disminución de espermatozoides o por anomalías bioquímicas del esperma.

La impotencia *conciendi* o esterilidad femenina puede deberse a causas uterinas, tubáricas u ováricas.

ASPECTO MÉDICO LEGAL

En nuestro país la *impotencia sexual coeundi* es causal de nulidad relativa del matrimonio. En efecto, el artículo 220 del Código Civil —en el Capítulo sobre "la nulidad del matrimonio"—, en el inciso 3 se establece como causal de nulidad relativa a la impotencia en los siguientes términos: "*En caso de impotencia de uno de los cónyuges o de ambos, que impida absolutamente las relaciones sexuales entre ellos la acción corresponde al cónyuge que alega la impotencia del otro, o la común de ambos*".

La impotencia que se acepta como causa de nulidad relativa es la que impide la realización del coito. No es causal de nulidad la esterilidad en ninguna de sus formas. El término absoluto se refiere a la imposibilidad del coito con el otro cónyuge no interesando que pueda llevarse a cabo con otra persona.

Ante un pedido judicial de nulidad matrimonial que invoque esta causa es necesario una peritación médica que deberá demostrar sobre hechos bien examinados y debidamente comprobados la real existencia de este tipo de incapacidad.

Capítulo 5 — ESTADOS INTERSEXUALES

Están constituidos por los cuadros en los que los individuos presentan caracteres sexuales ambiguos por lo que resulta difícil establecer el sexo que les corresponde. Son de interés médico legal los siguientes casos:

- 1) Síndrome de Turner
- 2) Síndrome de Klinefelter
- 3) Síndrome de Morris o de feminización testicular
- 4) Hermafroditismo
- 5) Pseudohermafroditismo

En algunos de estos casos así como en algunas situaciones de las enumeradas en el punto 3) (desviaciones o cambios de orientación en el instinto sexual) se plantea la posibilidad del cambio de sexo. En este punto es necesario recordar lo establecido en la ley del ejercicio de la medicina como una de las obligaciones de los médicos el *"no llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial"* (artículo 19, inciso 4, ley 17.132).

Por ello es que dada esta alternativa es necesaria una presentación judicial la que conllevará a la realización de una pericia médica en la que se asesorará el juez acerca de la conveniencia o no de esa práctica quirúrgica.

LIBRO XV

PSIQUIATRÍA MÉDICO-LEGAL

María C. Zazzi
Néstor R. Stingo

La *Psiquiatría médico-legal* o *Psiquiatría forense* es la rama de la psiquiatría que se ocupa del estudio de las conductas psicopatológicas en relación con la legislación de cada país. Se relaciona con el Derecho tanto en aspectos civiles como penales.

1. ASPECTOS CIVILES

En una sociedad existen dos clases de personas: las jurídicas y las de existencia visible. El Código Civil define a las personas como todos los entes susceptibles de adquirir derechos o contraer obligaciones (Art. 30 C.C.).

Las personas jurídicas son personas ideales y pueden ser de carácter público o privado. Las de carácter público son el Estado Nacional, los provinciales, el Gobierno de la Ciudad, los Municipios y la Iglesia Católica. Los de carácter privado son las asociaciones y fundaciones que tengan como el objetivo el bien común y estén autorizados.

Las personas de existencia visible son definidas por el Código Civil en el Art. 51 como: "todos los entes que presenten signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes".

A) CAPACIDAD CIVIL O JURÍDICA

Es el conjunto de condiciones jurídicas y biológicas (físicas y psíquicas) que otorgan aptitud al individuo para gozar o ejercer derechos o contraer obligaciones. Les permiten actuar o desenvolverse libremente en la sociedad.

Se pueden clasificar de acuerdo a su ejercicio o a su goce.

Capacidad de hecho

Es la aptitud presentada por las personas para ejercer por sí mismas los actos de la vida civil, adquirir derechos o contraer obligaciones. La capacidad de hecho surge cuando se ejerce un derecho.

Capacidad de derecho (ó de goce)

Es la aptitud presentada por las personas para adquirir y gozar de derechos que no les están prohibidos. La capacidad de derecho surge en todo aquel que puede gozar de un derecho. Como ejemplo podemos hacer mención a las que poseen las personas por nacer respecto de una herencia.

Los menores impúberes, menores de 14 años, tienen incapacidad absoluta, aunque puedan adquirir derechos y contraer obligaciones por intermedio de sus representantes legales (padres o tutores).

Los menores adultos, de 14 a 21 años, tienen incapacidad relativa que desaparece o disminuye cuando se emancipan mediante el matrimonio.

B) INCAPACIDAD CIVIL

Desde la perspectiva jurídica, significa la privación de ejercer o gozar de derechos. Puede clasificarse como la capacidad de hecho o de derecho.

Incapacidad de hecho

Son incapaces de hecho las personas que no pueden ejercer actos de la vida civil. La incapacidad puede estar dada por una imposibilidad física o psíquica o por dependencia de una representación necesaria.

La incapacidad física está dada por:

1. las personas por nacer,
2. las personas jurídicas,
3. las ausentes declaradas tales en juicio y
4. los sordomudos que no saben darse a entender por escrito.

La incapacidad psíquica está dada por los cuadros de alienación mental (demencia en sentido jurídico).

La incapacidad por dependencia de una representación necesaria comprende los casos de menores impúberes, los menores adultos y los condenados a prisión o a reclusión por más de tres años.

La incapacidad de hecho puede clasificarse en absoluta y relativa.

Incapacidad de hecho absoluta

Es aquella carencia de toda aptitud para ejercer derechos. Puede ser civil o penal.

Civil:

- A. personas por nacer,
- B. menores impúberes,
- C. dementes,
- D. sordomudos que no saben darse a entender por escrito.

Penal:

A los condenados les corresponde una inhabilitación absoluta por el tiempo de la condena, pudiendo durar más si así lo dispone el tribunal.

Incapacidad de hecho relativa

Se refiere a los menores adultos que solo tienen capacidad para los actos que la ley les permita o autorice.

Incapacidad de derecho

Es siempre relativa el Código señala que ésta comprende:

- A. religiosos profesos,
- B. comerciantes fallidos,
- C. tutores, curadores o padres respecto de vender bienes suyos a los que están bajo a su guarda o patria potestad,
- D. la de un cónyuge de hacer donación a otro cónyuge durante el matrimonio.

En este capítulo nos interesan las incapacidades por alienación mental, es decir aquéllas personas que por tener una enfermedad mental, sus funciones psíquicas se encuentran tan gravemente afectadas que le impiden un reconocimiento adecuado de la realidad, y que en Derecho se conocen como "dementes".

Para el Código Civil el término demencia engloba todas las entidades nosológicas que integran el género psicosis.

El autor del Código, Vélez Sársfield, manifestaba que "la demencia es la expresión genérica que designa todas las variedades de locura".

Las psicosis son perturbaciones graves de la personalidad caracterizadas por una alteración en la estructuración de la misma y se manifiestan, fundamentalmente, por:

- a- trastornos de la percepción y el pensamiento como alucinaciones e ideas delirantes que implican una ruptura con la realidad,
- b- trastornos a nivel afectivo,
- c- un trastorno a nivel de la conducta o el comportamiento donde resalta la pérdida de la autonomía.

C) JUICIO DE INCAPACIDAD POR DEMENCIA

También denominado de insania o de interdicción.

Cuando una persona se encuentra afectada por una enfermedad mental o trastorno psíquico que le impide administrar sus bienes o dirigir su persona, pueden ser considerados incapaces civiles. Este estado de incapacidad posibilita que se realice un juicio de insania o de interdicción para protegerlo. El mismo puede ser solicitado de acuerdo a lo normado en el Art. 140 que dice: "Ninguna persona será habida por demente, para los efectos que en este Código se determinan, sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente".

Resalta de este artículo que la demencia debe ser certificada y declarada por Juez luego de proceso judicial el cual podrá ser solicitado por aquéllos especificados en el Art.144: " Los que pueden pedir la declaración de demencia son:

- 1° El esposo o esposa no divorciados.
- 2° Los parientes del demente.
- 3° El Ministerio de Menores.
- 4° El respectivo Cónsul, si el demente fuere extranjero
- 5° Cualquiera persona del pueblo, cuando el demente sea furioso, o incommode a sus vecinos".

La declaración de demencia debe ser el resultado de un exhaustivo examen médico que permita arribar a un diagnóstico clínico (Art. 143), sugiriendo utilizar la clasificación de la Organización Mundial de la Salud ó el D.S.M. IV de la Escuela Americana.

Machado, citado por Bonet, manifestaba: "Si la enfermedad mental no pudiera ser clasificada entre las determinadas por la ciencia, no debe ser declarado demente".

El Art. 141 dice: "Se declaran incapaces por demencia, las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes. (texto ordenado por la ley 17.711)".

En este artículo se hace hincapié que la alteración mental debe afectar la capacidad para dirigirse y controlar su patrimonio.

Las enfermedades mentales incluibles dentro del Art. 141 pueden ser las siguientes:

1. Trastornos mentales orgánicos, que incluyen las demencias de Alzheimer, Vascular, y trastornos Amnésicos y demencias de diferentes etiologías.
2. Trastornos debido a consumo de sustancias psicotrópicas, cuando éstas alcanzan a un grado demencial.
3. Esquizofrenia y trastornos delirantes crónicos.
4. Retraso Mental (idiotas e imbeciles).

El procedimiento jurídico de la declaración de demencia es el siguiente: las personas que norma el Código Civil harán su presentación ante el Juez competente con dos certificados médicos (no se especifica el tipo de especialidad) en donde se hará constar el grado de peligrosidad que presenta la persona. Esta es la base legal que determina la internación para la protección de sí y de terceros. Una persona solo puede ser privada de su libertad internándosela si por su estado psíquico pudiese cometer actos auto o heteroagresivos graves o fatales.

Cuando no se pudiese presentar dos certificados médicos, el Juez podrá ordenar la confección de los mismos a dos médicos forenses, dando un lapso de 48 horas para expedirse, explicitado en el Art 625.- Médicos forenses.- Cuando no fuere posible acompañar dichos certificados, el juez requerirá la opinión de dos médicos forenses, quienes deberán expedirse dentro de cuarenta y ocho horas. A ese solo efecto y de acuerdo con las circunstancias del caso, el juez podrá ordenar la internación del presunto incapaz por igual plazo, si fuere indispensable para su examen.

Los médicos forenses se expedirán sobre:

- a- Si la persona es o no demente en sentido jurídico.
- b- Si debe o no permanecer internado por presentar peligrosidad.

Si a través de este primer examen los médicos forenses comprueban que la persona es demente se procederá de acuerdo a lo reglado en el Art. 626.- Resolución.- Con los recaudos de los artículos anteriores y previa vista al asesor de menores e incapaces, el juez resolverá:

1° El nombramiento de un curador provisional, que recaerá en un abogado de la matrícula. Sus funciones subsistirán hasta que se discierna la curatela definitiva o se desestime la demanda.

2° La fijación de un plazo no mayor de treinta días, dentro del cual deberán producirse todas las pruebas.

3° La designación de oficio de tres médicos psiquiatras o legistas, para que informen, dentro del plazo preindicado, sobre el estado actual de las facultades

mentales del presunto insano. Dicha resolución se notificará personalmente a aquél.

En el lapso de 30 días, los tres médicos psiquiatras o legistas, luego del estudio exhaustivo y el examen pertinente deben expedirse de acuerdo a lo normado en el Art. 631.- Calificación médica.- Los médicos, al informar sobre la enfermedad, deberán expedirse con la mayor precisión posible, sobre los siguientes puntos:

1° Diagnóstico

2° Fecha aproximada en que la enfermedad se manifestó.

3° Pronóstico.

4° Régimen aconsejable para la protección y asistencia del presunto insano.

5° Necesidad de su internación.

Emitido el informe pericial, se procede a dar traslado a las partes por un lapso de 5 días y al curador provisional dándose vista al Asesor de Menores e Incapaces, luego del cual el Juez tomará conocimiento del presunto insano antes de dictar la sentencia, la cual se dictará en un término de 15 días a partir de la contestación del Asesor de Menores e Incapaces.

La claridad del código de procedimientos hace que lo transcribamos textualmente:

632.- Traslado de las actuaciones.-

Producido el informe de los facultativos y demás pruebas, se dará traslado por cinco días al denunciante, al presunto insano y al curador provisional y, con su resultado, se dará vista al asesor de menores e incapaces.

633.- Sentencia. Supuesto de inhabilitación. Recursos. Consulta.- Antes de pronunciar sentencia, y si las particularidades del caso lo aconsejaren, el juez hará comparecer al presunto demente a su presencia o se trasladará a su domicilio o lugar de internación.

La sentencia se dictará en el plazo de quince a partir de la contestación de la vista conferida al asesor de menores e incapaces o, en su caso, el acto a que se refiere el párrafo anterior.

Si no se verificare la incapacidad, pero de la prueba resultare inequívocamente que del ejercicio de la plena capacidad pudiere resultar daño a la persona o al patrimonio de quien sin haber sido hallado demente presenta disminución de sus facultades, el juez podrá declararlo inhabilitado en forma y con el alcance previstos en el art. 152 bis del C.C. En este caso, o si se declarase la demencia, se comunicará la sentencia al registro del estado civil y capacidad de las personas.

La sentencia será apelable dentro de quinto día por el denunciante, el presunto demente o inhabilitado, el curador provisional y el asesor de menores.

En los procesos de declaración de demencia, si la sentencia que la decreta no fuere apelada se elevará en consulta. La cámara resuelve-

rá previa vista al asesor de menores incapaces, sin otra sustanciación.

634.- Costas.- Los gastos causídicos serán a cargo del denunciante si el juez considerase inexcusable el error en que hubiere incurrido al formular la denuncia, o si ésta fuere maliciosa.

Los gastos y honorarios a cargo del presunto insano no podrán exceder, en conjunto, del diez por ciento del monto de sus bienes.

635.- Rehabilitación.- El declarado demente o inhabilitado podrá promover su rehabilitación. El juez designará tres médicos psiquiatras o legistas para que los examinen y, de acuerdo con los trámites previstos para la declaración de demencia, hará o no lugar a la rehabilitación.

636.- Fiscalización del régimen de internación.- En los supuestos de dementes, presuntos o declarados, que deban permanecer internados, el juez, atendiendo a las circunstancias de cada caso, podrá disponer que el curador provisional o definitivo y el asesor de menores e incapaces visiten periódicamente al internado e informen sobre la evolución de su enfermedad y régimen de atención a que se encontrare sometido. Asimismo, podrá disponer que el director del establecimiento informe periódicamente acerca de los mismos hechos.

Declaración de sordomudez

637.- Sordomudo.- Las disposiciones del capítulo anterior regirán, en lo pertinente, para la declaración de incapacidad del sordomudo que no sabe darse a entender por escrito y, en su caso, para la cesación de esta incapacidad.

D) JUICIO DE INHABILITACIÓN

Cuando una persona presenta alteraciones psíquicas que limiten su capacidad para dirigirse a sí mismos o que no se encuentren en condiciones de administrar sus bienes y/o por su estado puede producir actos dañosos a su persona o patrimonio, el Poder Judicial debe asumir su protección a través del juicio de inhabilitación.

A partir de 1968, y a través de la Ley 17.711, se crea el Art. 152 bis del Código Civil cuyo texto expresa: Podrá inhabilitarse judicialmente:

1º. A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio,

2º. A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio,

3º. A quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Solo procederá a este caso la inhabilitación si la persona imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes y hubiere dilapidado una parte importante de su patrimonio. La acción para obtener esta inhabilitación solo corresponderá al cónyuge, ascendientes y descendientes.

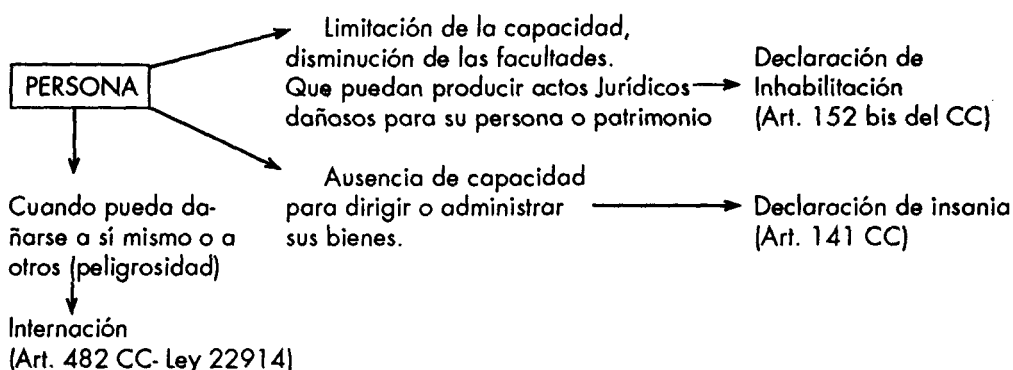
Se nombrará un curador al inhabilitado y se aplicarán en lo pertinente las normas relativas a la declaración de incapacidad por demencia y rehabilitación.

Sin la conformidad del curador los inhabilitados no podrán disponer de sus bienes por actos entre vivos.

Los inhabilitados podrán otorgar por sí solos actos de administración, salvo los que limite la sentencia de inhabilitación teniendo en cuenta las circunstancias del caso.

Conviene aclarar algunos conceptos implícitos en esta normativa:

- Por embriaguez habitual debe entenderse el consumo continuo de bebidas alcohólicas que determine un deterioro o disminución de las facultades mentales.
- Disminución de las facultades: implica la posibilidad cierta de un perjuicio personal o patrimonial en la realización de actos de la vida civil. Se pueden considerar los débiles mentales, las esquizofrenias residuales, los defectos post psicóticos, los deterioros seniles y preseniles, los post traumatizados de cráneo.



Declaración de inhabilitación

637 bis. Alcohólicos habituales, toxicómanos, disminuidos.- Las disposiciones del Capítulo I del presente Título regirán en lo pertinente para la declaración de inhabilitación a que se refiere el artículo 152 bis, incisos 1° y 2° del C. C.

La legitimación para accionar corresponde a las personas que de acuerdo con el Cód. Civil pueden pedir la declaración de demencia.

637 ter.- Pródigos.- En el caso del inciso 3° del artículo 152 bis del Cod. C. la causa tramitará por proceso sumario.

637 quater.- Sentencia. Limitación de actos.- La sentencia de inhabilitación, además de los requisitos generales, deberá determinar, cuando las circunstancias del caso lo exijan, los actos de administración cuyo otorgamiento le es limitado a quien se inhabilita.

La sentencia se inscribirá en el registro del estado civil y capacidad de las personas.

637 quinter.- Divergencias entre el inhabilitado y el curador.- Todas las cuestiones que se susciten entre el inhabilitado y el curador se sustanciarán por el trámite de los incidentes, con intervención del asesor de menores e incapaces.

E) INTERNACIÓN DE PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNOS PSÍQUICOS

Antes del año 1983, fecha de aparición de la Ley 22.914, la internación de pacientes afectados de enfermedades mentales se realizaba por falta de una red socio familiar continente que impidiese la auto o heteroagresividad de los pacientes.

La internación se hacía a través de la familia, la policía, un tercero (grupo de amigos) o por indicación médica directa.

Las bases legales establecidas en el Código Civil en el Art. 482 expresaban hasta el año 1968: "el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá, tampoco, ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial". Lo que se defiende en esta normativa es la libertad personal del enfermo. Solamente su libertad podía ser restringida, como se explicita en este artículo en caso de:

- a) Demencia.
- b) Daño a sí mismo o daños a otros (peligrosidad).
- c) La intervención judicial.

Queremos aclarar que "demencia" englobaba todas las afecciones que implicaban alienación mental o psicosis.

A partir de 1968, por Ley 17.711, se reforma el Código Civil, agregándose al Art. 482, los siguientes párrafos: "las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al Juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcohólicos crónicos o toxicómanos pudieran dañar su salud o la de terceros, o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse previo dictamen de médico oficial". "A pedido de las personas enumeradas en el Art. 144, el Juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcohólicos crónicos y toxicómanos que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos".

Lo importante de esto es que forma parte del Código de fondo y rige para toda la República.

El agregado del año 1968 daba la posibilidad de la internación de pacientes que padecieran de alcoholismo y de toxicomanías, que antes no se contemplaba. Además se autorizaba a la policía a proceder con una internación.

La internación debe hacerse, salvo en la Capital Federal, con dos certificados médicos que debe tener las siguientes características: "Certifico haber examinado en el día de la fecha al Sr/a..., de Nacionalidad..., de ... años de edad, Estado Civil..., Documento de Identidad..., que en el momento del examen presenta un trastorno psíquico que requiere internación par estudio y tratamiento en un Instituto especializado por revestir peligrosidad. El presente certificado se extiende a solicitud de..., (identificar a la persona). Lugar, fecha y firma".

A partir del año 1983, en Capital Federal, la ley 22.914 establece que el dictamen médico debe constar:

- a- La identificación de la persona pasible de la internación.
- b- El diagnóstico.
- c- La necesidad de internación.

Solo hace falta un solo certificado que lo puede firmar el propio médico del establecimiento. Luego, el Director, efectuará su propio dictamen o convalidará el de otro profesional.

Con la Ley 22.914 se crea un marco jurídico para que sean respetados los derechos de cualquier persona que requiera una internación. Esta ley ha llenado un vacío jurídico al aportar un orden normativo que protege la integridad psíquica, la dignidad y la libertad de todas aquellas personas que padecen enfermedades o trastornos psíquicos y que deben ser internados. En su texto, se clarifican los tipos de internación (a instancia propia —voluntaria—, o de representante legal, por disposición de la autoridad policial, urgencia o decisión judicial).

Se establece la intervención judicial, la obligación de jueces y asesores de menores e incapaces, el deber de inspeccionar los establecimientos de internación y dispone la promoción del proceso de declaración de incapacidad por demencia o la rehabilitación según corresponda.

Se indica la responsabilidad de los directores de los establecimientos asistenciales y sugiere la creación de un centro de observación para una mejor evaluación y derivación de las personas que presenten alteraciones psíquicas.

Además se limita el tiempo de internación según las condiciones del paciente.

A continuación se transcribe la ley de internación vigente:

LEY 22.914

Art. 1° (Casos de internación): La internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos, solo se admitirá:

a) Por orden judicial

b) A pedido del propio interesado o de su representante legal

c) Por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el parr.2° art. 482 del C.C.

d) En caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los inc. 1° al 4° del artículo 144 del C.C.

Art. 2° (Instancia propia o del representante legal): La internación a pedido del propio interesado o de su representante legal deberá ajustarse a las siguientes disposiciones:

a) El peticionante suscribirá una solicitud de internación ante el Director del establecimiento o quien lo reemplace, presentando en ella un dictamen médico que identifique al posible internado, efectúe su diagnóstico y de opinión fundada sobre la necesidad de la internación.

b) Admitida la internación, el Director del establecimiento deberá:

1.- Efectuar dentro de las 48 hs. su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento.

2.- Comunicar dentro de las 72 hs. al Ministerio de Menores e Incapaces la internación efectuada cuando se trate de alguna de las circunstancias contempladas en los artículos, 141, 152 bis, inc. 1° y 2° ó 482, parr. 2° y 3° del C.C. en el caso de constar que la misma persona ya había sido internada con anterioridad. Con tal comunicación acompañará copia de los dictámenes médicos producidos.

3.- En cualquier otro caso si la internación supera los 20 días deberá formularse igual comunicación.

c) Si el internado estuviera sujeto a tutela curatela, su representante deberá comunicar al juez de la causa la internación efectuada dentro de las 24 hs de producida.

Art. 3° (Disposición de la autoridad policial): Cuando la internación hubiese procedido por disposición de autoridad policial el director del establecimiento deberá efectuar su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento e informar dentro de las 24 hs del comienzo de la internación al Ministerio de Menores e Incapaces, acompañando copia del dictamen y el del médico oficial dispuesto previamente por la autoridad policial.

En el sexto día de la internación, de no mediar notificación judicial ordenando mantenerla, el director del establecimiento comunicará tal situación al Ministerio de Menores e Incapaces interviniente, y si dentro del tercer día siguiente no recibiere la orden judicial requerida, por su sola autoridad dispondrá el cese de la internación, notificando de ello al internado o a su representante legal.

Art. 4° (Casos de urgencia): En los casos de urgencia a que se refiere el inc. d del art. 1° se observarán las siguientes disposiciones:

a) Las personas facultadas deberán pedir la internación por escrito firmado ante el director del establecimiento o quien lo reemplace, quién accederá o rechazará fundadamente.

b) Producida la internación, el solicitante deberá comunicar al Ministerio de Menores e Incapaces, dentro de las 24 hs.

c) El director del establecimiento procederá en estos casos de igual modo al establecido en el art. 3°. De no mediar orden judicial en contrario y aunque no hubieren vencido los plazos establecidos en el art. citado, dispondrá por su sola autoridad que la internación cese, tan pronto desaparezcan las causas que la justificaron, notificando de ello al interesado o a su representante legal y al Ministerio de menores e incapaces.

Art. 5° (Dependencia Judicial): Cuando el internado se encuentre bajo la autoridad judicial, cualquiera sea el origen de la internación, el director del establecimiento:

a) Deberá informar al juez de la causa con una periodicidad no mayor de 4 meses, sobre las novedades que se produzcan en la historia clínica del internado.

b) Podrá autorizar salidas o paseos a prueba, si los juzga convenientes y el grado de recuperación del internado lo permite, individualizando con precisión a la persona responsable de su cuidado fuera del establecimiento e informando al juez dentro de las 24 hs.

c) Requerirá autorización judicial para disponer la alta provisoria, la transferencia del internado a otro establecimiento, o su externación definitiva.

Art. 6° (Comunicación): Toda internación será comunicada inmediatamente por el director del establecimiento a los parientes del internado u otras personas que este indique.

Art. 7° (Historia Clínica): La dirección del establecimiento confeccionará una historia clínica de cada internado, en la que constará con la mayor precisión posible: sus datos personales, los exámenes verificados, el diagnóstico y el pronóstico, la indicación del índice de peligrosidad que se le atribuya, el régimen aconsejable para su protección y asistencia, las evaluaciones periódicas del tratamiento y las fechas de internación y egreso.

A la historia clínica se agregará:

a) Las solicitudes de internación y egreso. Deberán contener los datos personales del peticionante.

b) Las ordenes judiciales y las disposiciones de la autoridad policial.

c) Copia de las comunicaciones y notificaciones a que se refiere esta ley, con las constancias de su recepción por los destinatarios.

Art. 8° (Visitas): El internado podrá ser siempre visitado por su representante legal o por el defensor especial previsto en el art. 482 del C.C. Tales visitas no podrán ser impedidas.

Art. 9° (Impulso judicial de oficio): Los jueces impulsarán de oficio y con la mayor celeridad las actuaciones judiciales relativas a las personas comprendidas en la presente ley.

Art. 10° (Inspección Judicial): Los jueces inspeccionarán los lugares de internación y verificarán las condiciones de alojamiento, cuidado personal y atención médica.

Art. 11° (Egreso de los internados): Los jueces dispondrán de oficio todas las medidas apropiadas a fin de que las internaciones se limiten al tiempo indispensable requerido por las necesidades terapéuticas y la seguridad del internado y de terceros. El Ministerio de Menores e Incapaces y, en su caso, el defensor especial del art. 482 del C.C., serán notificados de las disposiciones que se adopten.

El director del establecimiento en informe fundado, hará saber cuando el internado se encuentre en condiciones de egresar y, de ser posible, propondrá a quienes tengan mayor idoneidad para hacerse cargo de él o, en su caso, manifestará lo innecesario de esta previsión.

El Juez, previa vista al curador y al Ministerio de Menores e Incapaces, resolverá con presente despacho.

Art. 12° (Funciones del Ministerio de Menores e Incapaces): Los asesores de menores e incapaces deberán:

a) Visitar los establecimientos de internación de las personas que se encuentren bajo su representación promiscua, toda vez que fuera necesario y al menos cada 6 meses, verificando la evolución de su salud, el régimen de atención, las condiciones de alojamiento, el cuidado personal y la atención médica que reciben, informando al juez interviniente.

b) Promover según corresponda el proceso

de declaración de incapacidad por demencia, o la información sumaria prevista por el art. 482 del C.C., así como la rehabilitación de los incapaces.

c) Controlar el trámite de las actuaciones en que interviene requiriendo las medidas conducentes al mejor tratamiento y cuidado de los internados, así como la administración y custodia de sus bienes y, tan pronto sea pertinente solicitar el cese de las internaciones.

Art. 13° (Responsabilidad de los directores de establecimientos asistenciales): El incumplimiento total o parcial de los deberes que la presente ley impone a los directores de los establecimientos asistenciales, será puesto en conocimiento de la autoridad a la que compete el ejercicio del poder de policía sanitaria y, en su caso, de la autoridad judicial correspondiente en lo criminal y correccional. Los jueces y el Ministerio de menores e incapaces deberán denunciar de inmediato a aquellas autoridades, las inobservaciones que lleguen a su conocimiento.

Art. 14° (Centro de observación): El Ministerio de Justicia estudiará la posibilidad de constituir un Centro de observación para recibir a las personas cuya internación se inicie con intervención de la autoridad policial, observándose en ese caso las disposiciones de los art. 3° y 4°.

Art. 15° (Ambito de aplicación): La presente ley se aplicará en la capital y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

El Poder Ejecutivo Nacional informará de las provincias del texto y los fundamentos de la presente, a fin de que se contemple la posibilidad de implementar una legislación similar.

Art. 16° (De forma)

A continuación se presentan los siguientes cuadros conteniendo la clasificación de los trastornos mentales de acuerdo con la escuela americana (DSM IV), la homologación codificada de la OMS (CIE 10) y la nomenclatura utilizada por las escuelas clásicas (Ver cuadro en página siguiente).

2) ASPECTOS PENALES

A) CRIMINOLOGÍA

Es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las causas de los delitos.

José Ingenieros, conjuntamente con Rafael Garófalo la denominaron como "la ciencia del delito".

El término fue acuñado por el antropólogo francés Toppinard (1830-1911).

**Clasificación de los trastornos mentales
homologación D.S.M. IV - C.I.E. 10 - escuelas clásicas
Delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos
cognoscitivos**

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
<i>Delirium</i>	293.0	F05.0	Síndrome Confusional Síndrome Psicoorgánico
<i>Demencia</i> Tipo Alzheimer	290.0	FOO.xx	
Vascular	290.4	FO1	
Debido a otras	294	F02	
Enfermedades			
Médicas			
-HIV	294.9	F02.4	
-Traumatismo	294.1	F02.8	
craneal			
-Parkinson	294.1	F02.3	
-Huntington	294.1	F02.2	
-Pick	290.10	F02.0	
-Creutzfeldt-	290.10	F02.1	
Jakob			
-Debida a otra	294.1	F02.8	
Enfermedad			
<i>Trastornos</i> <i>Amnésicos</i> Debido a Enfermedad Médica	294.0	F04	Síndrome o Psicosis de Korsakov no Alcohólico

Trastornos mentales debidos a enfermedad médicas

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
<i>Delirium</i> <i>Demencia</i>	293.0	F05.0	
<i>Trastorno</i> <i>Amnésico</i>	294.0	F04	
<i>Trastorno</i> <i>Psicótico</i>	293.8x	F06.x	
<i>Trastorno del</i> <i>Estado de Animo</i>	293.83	F06.3x	
<i>Trastorno de</i> <i>Ansiedad</i>	293.89	F06.4	
<i>Trastorno</i> <i>Sexual</i>			
<i>Trastornos del</i> <i>Sueño</i>	780.Sx	G47.x	

Trastornos relacionados con sustancias

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
<i>Trastornos Relacionados con el Alcohol</i>			
<i>Dependencia</i>	303.90	F10.2X	Alcoholismo Crónico y Dipsomanía
Abuso	305.00	F10.1	
Intoxicación	303.00	F10.00	
Abstinencia	291.8	F10.3	
Delirium	291.0	F10.03	Del. Alcoh. Subagudo de Lazegue. Delirium Tremens. Demencia Alcohólica
Demencia	291.0	F10.73	
Trast Amnésico	291.1	F10.6	
Trast Psicótico	291.5	F10.51	Delirio/Alucinosis
Trast Est Animo	291.8	F10.8	
Trast Ansiedad	291.8	F10.8	
Trast Sexual	291.8	F10.8	
Trast de Sueño	291.8	F10.8	Sínd. de Korsakoff Sínd. de Wernicke Sínd. de Marchiafava
<i>Trastornos Relacionados con Alucinógenos</i>			
<i>Dependencia</i>	304.50	F16.2X	
Abuso	305.30	F16.1	
Intoxicación	292.89	F16.00	
Perceptivo	292.89	F16.70	
Delirium	292.81	F16.03	
Psicótico	292.11	F16.51	
Est Animo	292.84	F16.8	
Ansiedad	292.89	F16.8	
<i>Trastornos Relacionados con Anfetaminas o Similares</i>			
Consumo			
Dependencia	304.40	F15.2X	
Abuso	305.70	F15.1	

PSIQUIATRÍA MÉDICO-LEGAL

Trastornos por Cafeína	305.90	F 15.00	
Trastornos por Cannabis	292.89	F 12.00	
Dependencia	304.30	F12.2x	
Abuso	305.20	F12.1	
Trastornos por Cocaína			
Dependencia	304.20	F14.2x	
Abuso	305.60	F 14.1	
Intoxicación	292.89	F 14.00	
Trastornos por Fenciclidina			
Dependencia	304.90	F 19.2x	
Abuso	305.90	F19.1	
Trastornos por Inhalantes			
Dependencia	304.60	F18.2x	
Abuso	305.90	F 18.1	
Trastornos por Opiáceos			
Dependencia	304.00	F 11.2x	
Abuso	305.50	F11.1	
Trastornos por Sedantes			
Dependencia	304.10	F13.2	
Abuso	305.40	F 13.1	
Trastornos por Nicotina			
Dependencia	305.10	F 17.2x	
Abstinencia	292.0	F17.3	

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
<i>Esquizofrenias</i> Tipos Paranoide Desorganizado Catatónico Indiferenciado Residual	 295.30 295.10 295.20 295.90 295.60	 F20.Ox F20.Ox F20.2x F20.3x F20.5x	 Hebefrénica Defecto Esquizofrénico
<i>Trastorno Esquizofreniforme</i>	295.40	F20.08	Esquizofrenia Pseudoneurótica
<i>Trastorno Esquizoafectivo</i>	295.70	F25.x	
<i>Trastorno Delirante</i> Tipos Erotomaniaco Grandiosidad Celotípico Persecutorio Somático Mixto No especificado	297.1	F22.0	Delirio Paranoide
<i>Trastorno Psicótico Breve</i>	298.8	F23.8x	Reacción Paranoide Bouffée Delirante de los Débiles Mentales
<i>Trastorno Psicótico Compartido</i>	297.3	F24	Locura de Dos (folie á Deux)
<i>Trastorno Psicótico Debido a Enfermedad Médica</i>	293.xx	F06.x	
<i>Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias</i>	Los códigos se corresponden de acuerdo con la sustancia específica que lo induce.		
<i>Trastorno Psicótico no Especificado</i>	298.9	F29	

Trastornos del estado de ánimo

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
Trastornos Depresivos Trastorno Depresivo Mayor Episodio Unico Recidivante Trastorno Distímico	 296.2X 296.3X 300.4	 F32.X F33.X F34.1	 Crisis de Melancolía Depr. Neurótica
Trastornos Bipolares I Episodio Maníaco Episodio Depresivo Episodio Mixto Trastorno Ciclotímico	 296.0X 296.5X 296.6X 301.13	 F30.X F31.X F31.6 F34.0	 Psicosis Maníaco Depresiva Crisis de Mania Crisis Depresiva Ciclotimia
Trastorno del Estado de Animo debido a enfermedad orgánica	 293.83	 F06.XX	 Depresión Sintomática

Trastornos mentales debido a ansiedad

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
Trast Angustia Con Agorafobia Fobia Específica Fobia Social Tras Ob Comp Tras por Stress Postraumático Tras por Stress Agudo Trast Ansiedad Generalizada	 300.01 301.21 300.29 300.23 300.3 309.91 308.3 300.02	 F41.0 F40.01 F40.2 F40.1 F42.8 F43.1 F43.0 F41.1	 Neurosis de Angustia Neurosis Fóbica Neurosis Fóbica Neurosis Fóbica Neurosis Obsesiva Neurosis Traumática

Trastornos facticios

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
Con Predominio de Síntomas Patológicos	316	F68.1	Simulación
Con Predominio de Signos Físicos	319	F68.1	Simulación
Mixto	319	F68.1	Simulación
No Especificado	319	F68.1	Simulación

Trastornos disociativos

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
Amnesia disociativa (amnesia psicógena)	300.12	F44.0	Neurosis Histérica
Fuga disociativa (fuga psicógena)	300.13	F44.1	
Trast. de identidad disociativa (personalidad múltiple)	300.14	F44.81	
Trast. de despersonalización	300.6	F48.1	

Trastornos del control de impulsos

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
Trast. explosivo intermitente	312.34	F63.8	
Cleptomanía	312.32	F63.2	
Piromanía	312.33	F63.1	
Juego patológico	312.31	F63.0	
Tricotilomanía	312.39	F63.3	
Trast. del control de los impulsos no especificado	312.30	F63.9	

Trastornos adaptativos

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
Con Ánimo Depresivo	309.0	F43.20	
Con Ansiedad	309.24	F43.28	
Mixto	309.28	F43.22	
Con Trastornos del Comportamiento	309.3	F43.24	
Mixto (Emoción y Comportamiento)	309.4	F43.25	
No Especificado	309.9	F43.9	

Trastornos de la personalidad

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
Paranoide	301.0	F60.0	
Esquizoide	301.20	F60.1	
Esquizotípico	301.22	F21	
Antisocial	301.7	F60.2	
Límite	301.83	F60.31	
Histriónico	301.50	F60.4	
Narcisista	301.81	F60.8	
Por Evitación	301.82	F60.06	
Por Dependencia	301.6	F60.7	
Obsesivo Compulsivo	301.4	F60.5	
No Especificado	F301.9	F60.9	
<i>Trastorno de la Personalidad y del Comportamiento Debidos a Enfermedad, Lesión o Disfunción Cerebral</i> Orgánico (Comprende Síndrome del Lóbulo Frontal, Personalidad de la Epilepsia Límbica, Post Leucotomía y Lobotomía Síndrome Post Encefalítico Síndrome Post Contusional (post traumático o post contusión)		F07 F07.0 F07. 1 F07.2	

Trastorno de inicio en la infancia, niñez o adolescencia

Patología	D S M IV	C I E 10	Escuelas Clásicas
<i>Retraso Mental</i>			
Leve	317 (50-70)	F70.9	Débil Mental
Moderado	318.0 (35-55)	F71.9	Imbécil
Grave	318.1 (20-40)	F72.9	Idiota
Profundo	318.2 (- de 25)	F73.9	
De gravedad no especificada	319	F79.9	
<i>Trastornos del Aprendizaje</i>	315	F81	
<i>Trastorno de las Habilidades Motoras</i>	315.4	F82	
<i>Trastorno de la Comunicación</i>	315.31 F80		
<i>Trastornos Generalizados del Desarrollo Autismo</i>	299.00 F84.0		
<i>Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador</i>	314.01 F90		
<i>Trastorno Dissocial</i>	312.8	F91.8	
<i>Trastorno de la Conducta Alimentaria Pica</i>	307.52 F98.3		
<i>Trastornos de Tics Tourette</i>	307.23 F95.2		
<i>Trastorno de la Eliminación</i>			
Encopresis	307.7	F98.1	
Enuresis	307.6	F98.0	

Puede definirse la Criminología como la ciencia empírica interdisciplinaria que se ocupa del crimen, el delincuente, la víctima y el control social del comportamiento desviado (García Pablo de Molino citado por A. Sánchez Blanque).

El delito es definido como el acto típico, antijurídico y culpable. Acto que implica conducta voluntaria, típico porque debe coincidir con la descripción legal de la conducta ilícita. Antijurídico porque es contrario al orden normativo y culpable porque puede ser imputado.

El mismo puede ser por acción, por ejemplo homicidio, u omisión, por ejemplo abandono de persona.

Se encuentra relacionado con el derecho, la psiquiatría, la psicología y la sociología.

Psicogénesis de la conducta criminal

Para comprender un delito es necesario estudiar todos los factores relacionados con el mismo y fundamentalmente la personalidad del delincuente. Refiriéndonos a la personalidad decimos que se encuentra configurado por la biología, la psicología y la sociedad y dichos factores son los que deben estudiarse para comprender la conducta criminal.

Dentro de los factores biológicos se mencionan los elementos genéticos, los neurológicos y los neuroendócrinos.

Los factores psicológicos incluyen el modelo psicodinámico, desde el psicoanálisis de la conducta delictiva como cualquier conducta humana es la expresión o manifestación del inconsciente. Si el delincuente será de tipo impulsivo porque no ha podido integrar las normas sociales. Los delincuentes asociales que no tiene culpa porque no han desarrollado un super yo eficaz que actúe como un censor de su accionar. Gracias al genio de Freud estamos empezando a sondear las profundidades del psiquismo humano para buscar los motivos que dirigen la conducta criminal. Todos nuestros actos son expresión de nuestras inclinaciones ideacionales, afectivas y volitivas profundamente arraigadas, las cuales constituyen nuestra personalidad.

La personalidad se encuentra configurada por el pensamiento, la voluntad y la acción y representa al individuo como un todo. Recordamos aquí la definición de Allport: "es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que permiten una adecuación al entorno".

No existe una personalidad típica del delincuente, pero sí hay personalidades que tienen en sus rasgos mayores posibilidades de cometer actos antijurídicos.

La OMS ha definido el trastorno asocial de la personalidad con las siguientes características:

- a- descuido de las obligaciones sociales,
- b- endurecimiento de los sentimientos hacia los demás,
- c- transgresor de las normas sociales,
- d- su conducta no se modifica a través de la experiencia,
- e- baja tolerancia a la frustración,
- f- proclive a las conductas agresivas y violentas,
- g- no tiene sentimientos de culpa,
- h- se encuentra en conflicto permanente con la sociedad,

La OMS integra bajo esta denominación a la personalidad amoral, antisocial, asocial, psicopática y sociopática.

El DSM IV denomina trastorno antisocial de la personalidad a quienes tengan un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Si bien puede presentarse antes de los 15 años de edad, el diagnóstico de dicha personalidad solo puede hacerse a partir de los 18, basándose en los siguientes criterios:

- a- fracaso para adaptarse a las normas sociales,
- b- deshonestidad, mentiras, estafas,
- c- impulsividad o incapacidad para planificar el futuro,
- d- irritabilidad y agresividad,
- e- despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás,
- f- irresponsabilidad persistente,
- g- falta de remordimiento,

McCord y McCord definieron al psicópata como una persona asocial, agresiva, muy impulsiva, que tiene pocos o ningún sentimiento de culpa y que es incapaz de establecer lazos de afecto duraderos con otros seres humanos.

Marcaban una serie de características de su conducta:

- a- asociabilidad,
- b- sin obediencia por las reglas,
- c- con un comportamiento errático,
- d- dirigido por deseos incontrolados,
- e- impulsividad,
- f- con falta de metas estables, g- sus deseos son flotantes,
- h- agresividad entre él y la obtención del placer momentáneo,
- i- escasos sentimientos de culpa,
- j- la escasez de valores en su mundo es la regla, donde lo fundamental es la satisfacción del impulso aislado de cualquier otra consideración,
- k- escasa capacidad de amar, manifestando que es un lobo solitario, frío y sin comparación,
- l- los demás son objeto de su propio placer.

Los factores sociales que hoy inciden, tal vez con mayor fuerza dado que la situación globalizada de las sociedades trae aparejada mayor competitividad, marginación, desocupación, lo que ha creado una sensación de vacío e incertidumbre que en algunos casos, incide sobre una predisposición para obtener en forma inmediata las gratificaciones.

B) IMPUTABILIDAD

Es la capacidad para comprender la criminalidad de determinado acto y dirigir las propias acciones.

El término proviene de la raíz latina "imputare" que significa atribuir, asignar o poner en la cuenta o a cargo de alguien.

En esta delimitación se destaca la comprensión, es decir la facultad de conocer y/o entender el deber y dirigir en la cual está implícita la libre voluntad de elección.

Es una condición jurídica poseída por todo aquel que tenga:

- a) madurez mínima fisiológica y psíquica,
- b) salud mental,

c) conocimiento de los actos que se realizan.

Se la puede definir "como el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquicamente y éticamente por aquellos (J.A. Gisbert Calaguig).

Es imputable aquél que tiene capacidad de comprender la ilicitud de un hecho y de actuar de acuerdo a esa comprensión. Todo trastorno o alteración psíquica que perturben profundamente la inteligencia y/o la voluntad puede ser causa de inimputabilidad.

C) CULPABILIDAD

Representa la intencionalidad. Según Bonet, es el aspecto interno o subjetivo del delito, es la capacidad de culpa.

Jiménez de Asua dice que es preciso que el autor tenga conciencia de la antijuridicidad tipificadora de su acto y que tenga voluntad de dirigir las acciones hacia un fin. La culpabilidad penal se puede clasificar en:

- a- dolosa: cuando hay intención de hacer daño, querer delinquir,
- b- culposa: que forma parte de la responsabilidad médica a través de la imprudencia, la impericia y la negligencia.

D) LA RESPONSABILIDAD

Es el deber jurídico que incumbe al individuo imputable de dar cuenta de los hechos que realiza y de sufrir sus consecuencias jurídicas.

El término proviene de la raíz latina "respondere" que significa prometerse a, u obligarse a...

E) INIMPUTABILIDAD

Es la incapacidad para comprender la criminalidad de un acto o de dirigir las propias acciones.

Las causas de inimputabilidad son aquellas que provocan alteraciones en la salud mental o facultades mentales y que impiden una comprensión del acto disvalioso, por perturbación de la conciencia o impidan controlar la conducta.

Se clasifican en:

- a) alienación mental, que comprende las psicosis agudas y crónicas (de causas tóxicas, traumáticas y endógenas),
- b) retrasos mentales (idiotas e imbéciles),
- c) minoría de edad,
- d) alteraciones de la percepción (sordomudez).

Las causas de inimputabilidad se encuentran en las prescripciones del Art. 34 del C.P que se transcribe a continuación.

Art. 34.- No son punibles

1.º.- El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mis-

mas o por su estado de inconciencia, error, o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad, o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación el Tribunal podrá

ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá, sino por resolución judicial, con audiencia del Ministerio Público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. En los demás casos en los que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

2°.- El que obrare violentado por fuerza física irresistible o amenazas de sufrir un mal grave e inminente.

3°.- El que causare un mal por evitar otro mayor inminente o que ha sido extraño.

4°.- El que obrare en cumplimiento de un deber o en el legítimo ejercicio de su derecho, autoridad o cargo.

5°.- El que obrare en virtud de obediencia debida.

6°.- El que obrare en defensa propia o de

sus derechos, siempre que concurrieren las siguientes circunstancias:

a) Agresión ilegítima

b) Necesidad racional del medio empleado para impedirla o repelerla.

c) Falta de provocación suficiente por parte del que se defiende.

Se entenderá que concurren estas circunstancias respecto de aquel que durante la noche rechazare el escalamiento o fractura de los cercados, paredes o entradas de su casa, o de departamento habitado o de sus dependencias, cualquiera que sea el daño ocasionado al agresor.

Igualmente respecto de aquel que encontrare a un extraño dentro de su hogar, siempre que haya resistencia.

7°.- El que obrare en defensa de la persona o derechos de otro, siempre que concurren las circunstancias a) y b) del inciso anterior y caso de haber precedido provocación suficiente por parte del agredido, la de que no haya participado en ella.

Riu y Tavella reconocen en el enunciado diferentes aspectos:

a) aspecto cronológico "en el momento del hecho"

b) aspecto psiquiátrico:

1- insuficiencia de las facultades (se refiere a la disminución de la capacidad intelectual por una detención del desarrollo psíquico. Comprende los retrasos mentales: idiotas e imbeciles y en algunas oportunidades los débiles mentales). El idiota es el estadio más profundo de la insuficiencia mental. No puede manifestarse sus pensamientos en forma verbal ni comprender aquél que se le expresa. El imbecil le sigue en la escala y se trata de aquellas personas que pueden leer algún vocablo o entender ordenes sencillas y concretas, pero no pueden comunicarse por escrito.

2- alteración morbosa de las facultades (comprende los alienados mentales quienes presentan una ruptura con la realidad que trae aparejada una perturbación de la conducta). Nerio Rojas, refiriéndose a la alienación mental, dice que es "el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo y que le impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio, sin provecho para sí mismo ni la sociedad". Estos cuadros abarcan todas las psicosis, las demencias, las ologofrenias (incluyendo imbeciles e idiotas) y muchos trastornos borderline de la personalidad.

3- estados de inconciencia (que se traduce como alteración de la conciencia).

Krafft Ebbing expresó que son estados caracterizados por:

1. fugacidad de los síntomas,

2. por la gravedad de la perturbación de la conciencia que llega hasta la supresión y que es muy profunda en comparación con su duración.

3. Por la coincidencia con la confusión mental, con la falta de memoria para los hechos ocurridos durante el estado de enajenación.

El estado de inconciencia es aquel en el cual no se tiene la posibilidad de estar alerta y darse cuenta. Pierde su capacidad de comprensión.

Los estados de inconciencia comprenden:

1. la ebriedad,
2. la epilepsia,
3. la emoción inconciencia.

F) EMOCIÓN VIOLENTA

En el Art. 81, Inc. a) del C.P. se considera como un atenuante del delito de homicidio "al que matare a otro encontrándose en un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieran excusable".

Este sería el aspecto jurídico del concepto de emoción violenta, en el cual se consideran dos factores: el emocional y las circunstancias que lo hagan excusable.

El enfoque médico psiquiátrico nos obliga a realizar un exhaustivo estudio del concepto de emoción para poder conceptualizar a la misma.

A los movimientos afectivos muy intensos y de presentación brusca los llamamos afectos, emociones y pasiones y a las disposiciones afectivas estables y persistentes estados de ánimo o humores (A. Fernández).

La emoción es un estado afectivo que produce una imprevista y violenta perturbación del ánimo, como la ira, el pánico, el miedo, la ansiedad, el espanto, la sorpresa, etc.

La diferencia entre las emociones estrictas y los afectos, consiste en que estos últimos se acompañan apenas de modificaciones somáticas, en tanto que en la emoción nunca falta la conmoción corporal.

El correlato corporal propio de las emociones es una conmoción vegetativa y endócrina. Se producirá una descarga simpática o parasimpática, que dependerá de las cualidades psicofísicas del sujeto y del tipo de emoción.

Hay emociones más simpácticotropas como las agresivas y ansiosas y otras más vagotropas como las emociones de terror.

Esta descripción nos permite arribar a una definición más completa del término: "la emoción es un estado afectivo agudo reactivo, desencadenado por una vivencia y que tiene un correlato somático neurovegetativo".

Cuando un organismo se encuentra en una situación crítica de amenaza, peligro o agresión, responde con un acopio de energía (emoción) que luego se libera bajo la forma de acción.

Cuando el estímulo es muy intenso este acopio de energía también lo es y puede entonces no encontrar un escape suficiente por las vías normales de expresión. Para Cabello, entonces, la emoción es "acumulación de energía psíquica que promueve una descarga".

Se califica una emoción como violenta cuando es promovida por una fuerte carga tensional que altera el equilibrio psicodinámico y por lo tanto la conducta.

La emoción violenta podría considerarse como una variante adaptativa del organismo para prever, evitar y suprimir causas que afecten su integridad corporal y espiritual. Se origina en ellas una lucha entre lo instintivo y la represión consciente, de este conflicto casi nunca surge una respuesta adecuada "se pierde el tino, la seguridad, la reflexión y el sentido de las proporciones bajo el dominio de la impulsividad".

Hay tres factores considerados fundamentales en la emoción violenta (Cabello):

1. Representación mental súbita y sorpresiva de la situación (que produce una marcada exaltación de los afectos).

2. Conmoción afectiva intensa que inhibe parcialmente las funciones intelectuales superiores.

3. Respuesta psicomotora (con predominio de la actividad automática y neurovegetativa). El estado emocional se expresa como vimos, también, a través de actitudes corporales. En la emoción violenta se produce un desajuste con incremento de los elementos expresivos. La emoción produce una perturbación, quedando a merced de los impulsos. Según López Ibor se puede expresar de dos formas:

- una activa de sobresalto,
- una pasiva de sobrecogimiento.

La emoción violenta conlleva un estado de crepuscularización de la conciencia sin llegar a constituir una entidad patológica, fuera de la normalidad médico legal. En cambio, en la emoción "patológica" el grado de desconexión de la función cognitiva cortical llega a la inconciencia (incluible en las prescripciones de inimputabilidad del Art. 34 del C.P., como ya hemos mencionado).

Cabello plantea un esquema que aclara esta correlación:

Emoción simple	desequilibrio
Emoción violenta	desajuste
Emoción patológica	desconexión

En el análisis de las causales de la denominada emoción violenta debemos considerar dos elementos principales: los predisponentes y los determinantes. Generalmente están presentes ambos pero la ausencia de los primeros no descartará la emoción violenta. Sí en cambio, la de los segundos, ya que "no hay emoción violenta sin causa desencadenante"

Dentro de los elementos o factores predisponentes se tendrán en cuenta los constitucionales en los cuales se destacan los rasgos de personalidad hiperemotiva, esquizoide, histérica y/o paranoide. Que se encuentren estos rasgos, será un factor facilitador, pero no es excluyente el que un sujeto no los presente.

Entre los factores adquiridos se encuentra la inestabilidad emocional que se puede alcanzar por el desarrollo de sentimientos intensos tales como el amor, el odio, la reivindicación, la venganza. Dentro de estos también consideraremos las circunstancias vitales que cursa el individuo y que lo pueden debilitar: fracasos, engaños, fatiga, angustia, intoxicaciones, enfermedades.

Como ya mencionamos, no se concibe la emoción violenta sin una causa determinante o sea sin un estímulo que la desencadene. Este estímulo implicará una lesión sorpresiva de los bienes morales o materiales, de tal grado que no da tiempo a la reflexión.

Las emociones primarias son: amorosa, catastrófica y colérica. En el plano jurídico podrán ser consideradas como emociones que las circunstancias hicieran aceptables la emoción amorosa y la catastrófica o de pánico, no así la colérica. La irritación, el enojo o el arrebató colérico no son causas de atenuación.

Otras características que deberán considerarse en la emoción son: su intensidad o grado, deberá ser intensa, impetuosa y avasalladora; y su contenido vivencial el que se describe como de "dolor justo". Se hace referencia con esto

a la emoción puesta en marcha por un dolor profundo e intenso en relación a la dignidad, a la moralidad o a la injuria física o moral de tales principios.

En razón de las características anteriores se producirá una perturbación de la claridad de la conciencia que condicionará la liberación de los aspectos instintivos e impulsivos.

Esta alteración de la conciencia traerá aparejado que, una vez concluido el episodio emocional, puedan aparecer dificultades en la evocación de los hechos. Estas dificultades se manifestarán como islotes amnésicos vinculados a islotes de recuerdos.

Se describen tres formas clínicas de la emoción violenta de acuerdo a la dimensión temporal:

1. Inmediata: sería la forma clásica en la que el arrebató emocional coincide con el acto delictivo

2. Tardía: la reacción tendrá lugar tiempo después, pero no muy alejado de la primera afrenta y habiéndose repetido otras de las mismas características. Se considera que en estos casos el sujeto se sensibiliza (a la modalidad de una reacción anafiláctica) por repetidas injurias y que en un determinado momento se produce la descarga, en muchos casos frente a una "dosis mínima" de injuria.

3. Diferida: en esta existiría un tiempo de latencia entre el estímulo y la respuesta. Durante esta latencia persistiría la exaltación de los sentimientos, con inhibición parcial de las funciones intelectuales y predominio de los automatismos psíquicos con una conciencia crepuscular, que lleva a una descarga postergada en el tiempo. En general esta modalidad reaccional se observa en personalidades esquizoídes

3) USO INDEBIDO DE DROGAS

Antes de pasar a comentar la Ley 23.737 que establece el régimen de represión y lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes, conviene recordar algunos conceptos relacionados con el uso indebido de drogas. La OMS define a la dependencia como: "un estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción entre una persona y una droga, caracterizado por conductas que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga, en forma continua o periódica, con el objeto de experimentar cambios psíquicos generalmente placenteros, y en algunos casos, evitar el displacer de su ausencia". En 1981, la misma OMS completa esta definición indicando que la dependencia tiene un conjunto de fenómenos cognitivos, de comportamiento y fisiológicos que exige una serie de criterios de referencia para delimitarlo. Entre ellos la evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir drogas, mientras se hacen intentos de interrumpir o moderar su uso; el deseo de cesar el consumo; la evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia; el predominio de las conductas tendientes a la búsqueda de la droga por encima de otras necesidades más prioritarias y finalmente una gran facilidad para la reinstauración del consumo compulsivo después de un período de abstinencia.

Define al **abuso de drogas** como "el uso excesivo persistente o esporádico de drogas no relacionado con una práctica médica aceptable".

Considera **droga** a "toda sustancia capaz de modificar una o más funciones psíquicas y somáticas".

Clásicamente, se habla de **adicción y habituación**. La **adicción** es el consumo continuo de drogas o fármacos, cuya dosis debe ser aumentada progresivamente para lograr el mismo efecto (tolerancia), cuya privación genera gran malestar, aun con riesgo de la vida (abstinencia debido a dependencia física), y que se acompaña de un irresistible impulso de volver a tomarlos (dependencia física). En los casos que la dependencia física es mínima y el consumo se sostiene por la dependencia psíquica, se los denomina **habituación**. La dependencia psíquica es la necesidad incoercible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de drogas. La dependencia física implica cambios fisiológicos o bioquímicos por los cuales el organismo necesita la presencia permanente de la droga o fármaco. La dependencia psíquica es el deseo de los efectos placenteros, o la disminución de las tensiones, que la droga provoca.

El Real Colegio de Psiquiatras Británico en 1987 delimita operativamente el abuso de drogas de la siguiente manera: "Se entiende por abuso cualquier consumo de droga que dañe, o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo o de diversos individuos o de la sociedad en general".

La dependencia psíquica que acompaña tanto a la habituación como a la adicción, es además, una manifestación del **trastorno de la personalidad** de base que siempre acompaña a estos cuadros.

Conviene hablar de **uso indebido de drogas** antes que de drogadicto o toxicómano en términos generales, porque el termino uso indebido de drogas, supone una amplitud que abarca automedicaciones, perversiones, intentos de suicidio, neurosis y psicosis.

Supone asimismo y en principio toda la administración de drogas que no haya sido prescrita por el médico, cualquiera sea ésta, o que no se respeten las indicaciones sobre dosis o tiempos de administración.

El uso indebido de drogas, nos remite a una causalidad múltiple en donde deben distinguirse:

- 1- personalidad pre-mórbida.
- 2- contexto familiar en el cual se desarrolla y vive.
- 3- factores sociales.

El Dr. Maccagno propuso en 1973 la siguiente clasificación, de suma utilidad, constituida por los siguientes estadios:

Uso de drogas, definido toxicológicamente, y no semánticamente, como el uso de una misma droga, frente a un mismo estímulo, pero sin regularidad en tiempo. Y nombra como ejemplo al estudiante que está acostumbrado a recurrir a las anfetaminas frente a la situación de examen, pero no en otras circunstancias. O el caso del deportista que consume estimulantes en ocasión de las competencias. La justificación es que usada de vez en cuando no produce daño. El autor, dice entonces que estos usuarios no son toxicómanos, pero están en la primera fase de una reacción en cadena. De no ser detenido en esta fase, llegará indefectiblemente al estadio final: la drogadicción.

Abuso de drogas, que es la segunda fase de esta carrera, muy próximo a la toxicomanía. Reconoce dos modalidades. Primero, la utilización de la misma droga frente ya a diferentes estímulos, pero aún sin regularidad de tiempo. Es el caso del estudiante que recurre a la droga en los exámenes, pero también ante

otras motivaciones. La segunda, no caracterizada por la modificación del estímulo, sino por la variación de la droga. Y destaca un aspecto fundamental: siempre que todavía ocurra sin regularidad de tiempo. Se utilizan drogas distintas para lograr un fin compensatorio. Usa anfetaminas para trabajar y depresores para dormir. Cerca está la regularidad en el tiempo, tercera etapa.

Drogadependencia, que es el estadio final. Se define como el uso permanente y compulsivo de una droga determinado por modificaciones en el organismo (hábito, acostumbramiento, dependencia), siempre acompañado de un deterioro orgánico y psíquico, y un componente de perjuicio social.

La ley 23.737 pena el uso, fabricación, distribución, tráfico y venta de estupefacientes. Tiene relevancia médico legal pues al médico le incumbe el diagnóstico y la sugerencia de los tratamientos a los involucrados judicialmente. En el Art. 9 se hace referencia a la actividad del médico en relación a su prescripción, administración o entrega de estupefacientes. En el Art. 14, se penaliza la tenencia aunque sea para el uso personal. En los Arts. 16 y 18, se hace hincapié sobre el diagnóstico de dependencia física o psíquica. En el Art. 19 se menciona el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación para aquellos que voluntariamente lo soliciten o cuando existe peligrosidad (daño a sí mismo o a los demás).

El Art. 21 habla de principiante o experimentador que es aquel sujeto que consume en forma ocasional y no presenta dependencia psicológica o física estableciéndose para éstos una medida educativa.

Finalmente, en el Art. 40 se delimita el término estupefaciente que comprende con tal denominación los estupefacientes psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica.

A continuación, se transcribe el texto de la mencionada ley, remarcándose los artículos de importancia médico legal.

LEY 23.737

Sancionada el 21/09/89 y promulgada el 10/10/89

Ley que establece el régimen de represión y lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes.

Art. 1°.- Reemplázase el artículo 204 del Código Penal por el siguiente texto:

Artículo 204: Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que estando autorizado para la venta de sustancias medicinales las suministrare en especie, calidad o cantidad no correspondiente ala receta médica o diversa de la declarada o convenida o sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que, según las reglamentaciones vigentes, no pueden ser comercializados sin ese requisito.

Art. 2°.- Incorpórase como artículo 204 bis del Código Penal el siguiente texto:

Artículo 204 bis: Cuando el delito previsto en el artículo anterior se cometiere por ne-

gligencia, la pena será de multa de trescientos australes a seis mil australes.

Art. 3°.- Incorpórase como art. 204 ter del Código Penal el siguiente texto:

Artículo 204 ter: Será reprimido con multa de seiscientos australes a doce mil australes el que teniendo a su cargo la dirección, administración, control o vigilancia de un establecimiento destinado al expendio de medicamento, omitiere cumplir con los deberes a su cargo, posibilitando la comisión de alguno de los hechos previstos en el artículo 204.

Art. 4°.- Incorpórase como artículo 204 quater del Código Penal el siguiente texto:

Artículo 204 quater: Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que sin autorización vendiere sustancias medicinales que requieran receta médica para su comercialización.

Art.5°.- Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de seis mil a quinientos mil australes el que sin autorización o con destino ilegítimo:

a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupefacientes o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación.

b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes.

c) Comercie con estupefacientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte.

d) Comercie con plantas o sus semillas utilizables para producir estupefacientes o las tenga con fines de comercialización o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte,

e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a ciento veinte mil australes.

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco a quince años.

Art.6°.- Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de seis mil a quinientos mil australes el que introdujera al país estupefacientes fabricados o en cualquier etapa de su fabricación o materias primas destinadas a su fabricación o producción, habiendo efectuado una presentación correcta ante la Aduana y posteriormente alterara ilegítimamente su destino de uso.

En estos supuestos, la pena será de tres a doce años de reclusión o prisión, cuando surgiera inequívocamente, por su cantidad, que los mismos no serán destinados a comercialización dentro o fuera del territorio nacional.

Si los hechos fueren realizados por quien desarrolle una actividad cuyo ejercicio depende de autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará además, inhabilitación especial de tres a doce años.

Art. 7°.- Será reprimido con reclusión o prisión de ocho a veinte años y multa de treinta mil a novecientos mil australes, el que organice o financie cualquiera de las actividades ilícitas a que se refieren los artículos 5° y 6° precedentes.

Art.8°.- Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años y multa de seis mil

a trescientos mil australes e inhabilitación especial de cinco a doce años, el que estando autorizado para la producción, fabricación, extracción, preparación, exportación, distribución o venta de estupefacientes los tuviere en cantidades distintas de las autorizadas, o prepare o emplee compuestos naturales, sintéticos u oficiales que oculten o disimulen sustancias estupefacientes, y al que aplicare, entregare o vendiere estupefacientes sin receta médica o en cantidades mayores a la recetadas.

Art.9°.- Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de tres mil a cincuenta mil australes e inhabilitación especial de uno a cinco años, el médico y otro profesional autorizado para recetar, que prescribiera, suministrar o entregare estupefacientes fuera de los casos que indica la terapéutica o en dosis mayores de las necesarias. Si lo hiciera con destino ilegítimo la pena de reclusión o prisión será de cuatro a quince años.

Art. 10°.- Será reprimido con reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a cincuenta mil australes el que facilitare, aunque sea a título gratuito, un lugar o elementos, para que se lleve a cabo alguno de los hechos previstos por los artículos anteriores. La misma pena se aplicará al que facilitare un lugar para que concurren personas con el objeto de usar estupefacientes.

En caso que el lugar fuera un local de comercio se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el tiempo de la condena, la que se elevará al doble del tiempo de la misma si se tratare de un negocio de diversión.

Durante la sustanciación del sumario criminal el juez competente podrá decretar previamente la clausura del local.

Art.11°.- Las penas previstas en los artículos precedentes serán aumentadas en un tercio del máximo a la mitad del mínimo, sin que las mismas puedan exceder el máximo legal de la especie de pena de que se trate:

a) Si los hechos se cometieren en perjuicio de mujeres embarazadas o de personas disminuidas psíquicamente, o sirviéndose de menores de dieciocho años o en perjuicio de éstos,

b) Si los hechos se cometieren subrepticamente o con violencia, intimidación o engaño;

c) Si en los hechos intervinieren tres o más personas organizadas para cometerlos,

d) Si los hechos se cometieren por un funcionario público encargado de la prevención o persecución de los delitos aquí previstos o por un funcionario público encargado de la guarda de presos y en perjuicio de éstos,

e) Cuando el delito se cometiere en las in-

mediaciones o en el interior de un establecimiento de enseñanza, centro asistencial, lugar de detención, institución deportiva, cultural o social o en sitios donde se realicen espectáculos o diversiones públicos o en otros lugares a los que escolares y estudiantes acudan para realizar actividades educativas, deportivas o sociales,

f) Si los hechos se cometieren por un docente, educador o empleado de establecimientos educacionales en general, abusando de sus funciones específicas.

Art. 12°.- Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de seiscientos a doce mil australes:

a) El que preconizare o difundiere públicamente el uso de estupefacientes, o indujere a otro a consumirlos

b) El que usare estupefacientes con ostentación y trascendencia al público.

Art. 13°.- Si se usare estupefacientes para facilitar o ejecutar otro delito, la pena prevista para el mismo se incrementará en un tercio del mínimo y del máximo, no pudiendo exceder del máximo ilegal de la especie de pena de que se trate.

Art. 14°.- Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes.

La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

Art. 15°.- La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural, destinada a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes.

Art. 16°.- Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

Art. 17°.- En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación.

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo

eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad y por el tiempo necesario o solamente esta última.

Art. 18°.- En el caso del artículo 14 segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiente física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad.

Art. 19°.- La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.

El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás.

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos, y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso.

Cuando el tratamiento se aplicare al condenado, su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma

separada del resto de los demás internos, pueda efectuarse la medida de seguridad de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18.

Art. 20°.- Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas, que ingresa al delito para que el tratamiento de rehabilitación, en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada.

Art. 21 °.- *En el caso del artículo 14 segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.*

Tal medida debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincia, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley.

La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reiniciencia y Estadística Criminal y Carcelario, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido del tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia.

Art.22°.- Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21 si después de un lapso de tres años de dicha recuperación, el autor alcanzara una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez, previo dictamen de peritos, podrá librar oficio al Registro Nacional de Reiniciencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes.

Art.23°.- Será reprimido con prisión de seis meses a cuatro años e inhabilitación especial de dos a seis años el funcionario público dependiente de la autoridad sanitaria correspondiente, encargado del control de comercialización de estupefacientes, que no ejecutare los deberes impuestos en las leyes o reglamentos a su cargo a esos fines u omitiere cumplir las órdenes que en consecuencia de aquellos le

impartiere su superior jerárquico.

Art.24.- El que sin autorización o violando el control de la autoridad sanitaria, ingrese en la zona de frontera delimitada por ley, precursores o productos químicos aptos para la elaboración o fabricación de estupefacientes, será reprimido con multa de tres mil a seiscientos mil australes, inhabilitación especial de uno a cinco años y comiso de la mercadería en infracción, sin perjuicio de las demás sanciones que pudieran corresponder.

Los precursores y productos químicos serán determinados en listas que, por decreto, el Poder Ejecutivo Nacional debe elaborar a este fin y actualizar periódicamente.

Art. 25.- Será reprimido con prisión de dos a diez años y multa de seis mil a quinientos mil australes, el que sin haber tomado parte ni cooperado en la ejecución de los hechos previstos en esta ley, interviniera en la inversión, venta, pignoración, transferencia o cesión de las ganancias, cosas o bienes provenientes de aquellos, o del beneficio económico obtenido del delito siempre que hubiese conocido ese origen o lo hubiera sospechado.

Con la misma pena será reprimido el que comprare, guardare, ocultare o receptare dichas ganancias, cosas, bienes o beneficios, conociendo su origen o habiéndolo sospechado.

A los fines de la aplicación de este artículo no importará que el hecho originante de las ganancias, cosas bienes o beneficios se haya producido en el territorio extranjero.

El tribunal dispondrá las medidas procesales para asegurar las ganancias o bienes presumiblemente derivados de los hechos descriptos en la presente ley. Durante el proceso, el interesado podrá probar su legítimo origen, en cuyo caso el tribunal ordenará la devolución de los bienes en el estado en que se encontraban al momento del aseguramiento o en su defecto ordenará su indemnización.

En caso contrario, el tribunal dispondrá de las ganancias o bienes en la forma prescrita en el artículo 39.

Art. 26.- En la investigación de los delitos previstos en esta ley no habrá reserva bancaria o tributaria alguna. El levantamiento de la reserva solo podrá ser ordenado por el juez de la causa.

La información obtenida sólo podrá ser utilizada en relación a la investigación de los hechos previstos en esta ley.

Art.27.- En todos los casos en que el autor de un delito previsto en esta ley lo cometa como agente de una persona jurídica y la característica requerida para el autor no la presente éste sino la persona jurídica, será reprimido como si el autor presentare esa característica.

Art. 28.- El que públicamente imparta instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes, será reprimido con prisión de dos a ocho años.

En la misma pena incurrirá quien por medios masivos de comunicación social explique en detalle el modo de emplear como estupefaciente cualquier elemento de uso o venta libre.

Art. 29.- Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que falsificare recetas médicas o a sabiendas las imprimiera con datos ciertos sin autorización del profesional responsable de la matrícula, quién las suscribiere sin facultad para hacerlo o quien las aceptare teniendo conocimiento de su ilegítima procedencia o irregularidad. En el caso que correspondiere se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el doble de tiempo de la condena.

Art. 30.- El juez dispondrá la destrucción, por la autoridad sanitaria nacional, de los estupefacientes en infracción o elementos destinados a su elaboración a no ser que pertenecieren a un tercero no responsable o salvo que puedan ser aprovechados por la misma autoridad.

Las especies vegetales de *Papaver somniferum* L, *Erithroxylon coca* Lam y *Cannabis activa* L., se destruirán por incineración.

En todos los casos, previamente, deberá practicarse una pericia para determinar su naturaleza, calidad y cantidad, conservando muestras necesarias para la sustanciación de la causa o eventuales nuevas pericias, muestras que serán destruidas cuando el proceso haya concluido definitivamente.

Además se procederá al comiso de los bienes e instrumentos empleados para la comisión del delito, salvo que pertenecieren a una persona ajena al hecho y que las circunstancias del caso o elementos objetivos acrediten que no podía conocer tal empleo ilícito. Igualmente se procederá a la incautación del beneficio económico obtenido por el delito.

Art. 31.- Efectivos de cualesquiera de los organismos de seguridad y de la Administración Nacional de Aduanas, podrán actuar en jurisdicción de las otras en persecución de delinquentes, sospechosos de delitos e infractores a esta ley o para la realización de diligencias urgentes relacionadas con la misma debiendo darse de inmediato conocimiento al organismo de seguridad del lugar.

Los organismos de seguridad y la Administración Nacional de Aduanas adoptarán un mecanismo de consulta permanente y la Policía Federal Argentina ordenará la información que le suministren aquéllos, quienes tendrán un sistema de acceso al banco de datos para una eficiente lucha contra el tráfico ilícito de estupe-

facientes en todo el país.

Mantendrán su vigencia los convenios que hubiesen celebrado los organismos de seguridad, la Adm. Nac. de Aduanas y demás entes administrativos con el objeto de colaborar y aunar esfuerzos en la lucha contra el narcotráfico y la prevención del abuso de drogas.

Art. 32.- Cuando la demora en el procedimiento pueda comprometer el éxito de la investigación, el juez de la causa podrá actuar en ajena jurisdicción territorial, ordenando a las autoridades de prevención las diligencias que entienda pertinentes, debiendo comunicar las medidas dispuestas al juez del lugar. Además, las autoridades de prevención deben poner en conocimiento del juez del lugar los resultados de las diligencias practicadas, poniendo a disposición del mismo las personas detenidas a fin de que este magistrado controle si la privación de la libertad responde estrictamente a las medidas ordenadas. Constatado este extremo el juez del lugar pondrá a los detenidos a disposición del juez de la causa.

Art. 33.- El juez de la causa podrá autorizar a la autoridad de prevención que postergue la detención de personas o el secuestro de estupefacientes cuando estime que la ejecución inmediata de dichas medidas pueda comprometer el éxito de la investigación.

Art. 34.- Los delitos previstos y penados por esta ley serán de competencia de la justicia federal en todo el país.

Art. 35.- Incorpórase a la ley 10.903 como artículo 18 bis el siguiente: Artículo 18 bis. En todos los casos en que una mujer embarazada diera a luz en el transcurso del proceso o durante el cumplimiento de una condena por infracción a la ley de estupefacientes, la madre deberá dentro de los cinco días posteriores al nacimiento someter al hijo a una revisión médica especializada para determinar si presenta síntomas de dependencia de aquellos.

La misma obligación tendrá el padre, el tutor y el guardador.

Su incumplimiento será penado con multa de ciento veinte a novecientos australes y el juez deberá ordenar la medida omitida.

Art. 36.- Si como consecuencia de infracciones a la presente ley, el juez de la causa advirtiere que el padre o la madre han comprometido la seguridad, la salud física o psíquica o la moralidad de sus hijos menores, deberá remitir los antecedentes pertinentes al juez competente para que resuelva sobre la procedencia de las previsiones del artículo 307, inciso 3º, del Código Civil.

Art. 37.- Reemplázanse los artículos 25 y 26 de la ley 20.655 por los siguientes:

Artículo 25. Será reprimido con prisión

de un mes a tres años, si no resultare un delito más severamente penado, el que suministrare a un participante en una competencia deportiva, con su consentimiento o sin él, sustancias estimulantes o depresivas tendientes a aumentar o disminuir anormalmente su rendimiento.

La misma pena tendrá el participante en una competencia deportiva que usare algunas de estas sustancias o consintiere su aplicación por un tercero con el propósito indicado en el párrafo anterior.

Artículo 26. Será reprimido con prisión de un mes a tres años, si no resultare un delito más severamente penado, el que suministrare sustancias estimulantes o depresivas a animales que intervengan en competencia con la finalidad de aumentar o disminuir anormalmente su rendimiento.

La misma pena se aplicará a quienes dieren su consentimiento para ellos o utilizaren los animales para una competencia con conocimiento de esa circunstancia.

Art. 38.- Incorpórase como artículo 26 bis de la ley 20.655 el siguiente:

Artículo 26 bis: Si las sustancias previstas en los artículos anteriores fueren estupefacientes, se aplicará:

1.- En el caso del primer párrafo del artículo 25, reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de seis mil a quinientos mil australes.

2.- En el caso del segundo párrafo del artículo 25, prisión de un mes a cuatro años.

3.- Para el supuesto del artículo 26 prisión de un mes a cuatro años y multa de tres mil a cincuenta mil australes.

Art. 39.- Salvo que se hubiese resuelto con anterioridad, la sentencia condenatoria decidirá definitivamente respecto de los bienes decomisados y de los beneficios económicos a que se refieren los artículos 35 y 30.

Los bienes o el producido de su venta se destinarán a la lucha contra el tráfico ilegal de estupefacientes, su prevención y la rehabilitación de los afectados por el consumo.

El mismo destino se dará a las multas que se recauden por aplicación de esta ley.

Art. 40.- Modifícase el último párrafo del artículo 77 del Código Penal por el siguiente texto:

El término estupefacientes comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica que se incluyan en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo nacional.

Art. 41.- Hasta la publicación del decreto por el Poder Ejecutivo Nacional a que se refiere el artículo anterior, valdrá como ley complementaria las listas que hubiese establecido la

autoridad sanitaria nacional en virtud de lo dispuesto por el artículo 10 de la ley 20.771, que tuviesen vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.

Art. 42.- El Ministerio de Educación y Justicia en coordinación con el Ministerio de Salud y Acción Social y las autoridades provinciales, considerarán en todos los programas de formación de profesionales de la educación, los diversos aspectos del uso indebido de droga, teniendo presente las orientaciones de los tratados internacionales suscriptos por el país, las políticas y estrategias de los organismos internacionales especializados en la materia, los avances de la investigación científica relativa a los estupefacientes y los informes específicos de la Organización Mundial de la Salud.

Sobre las mismas pautas, desarrollarán acciones de información a los educandos, a los grupos organizados de la comunidad y a la población en general.

Art. 43.- El Estado nacional asistirá económicamente a las provincias que cuenten o contaren en el futuro con centros públicos de recuperación de los adictos a los estupefacientes.

El Poder Ejecutivo nacional incluirá anualmente en el presupuesto nacional una partida destinada a tales fines. Asimismo, proveerá de asistencia técnica a dichos centros.

Art. 44.- Las empresas o sociedades comerciales que produzcan, fabriquen, preparen, exporten o importen sustancias o productos químicos autorizados y que por sus características o componentes puedan ser derivados ilegalmente para servir de base o ser utilizados en la elaboración de estupefacientes, deberán inscribirse en un registro especial que funcionará en la jurisdicción que determine el Poder Ejecutivo nacional y que deberá mantenerse actualizado mediante inspecciones periódicas a las entidades registradas.

En ese registro deberán constar la producción anual, las ventas, su destino geográfico y uso, así como todos los datos necesarios para ejercer su adecuado control, tanto en las etapas de producción como de comercialización de las sustancias o productos y su ulterior utilización.

El incumplimiento de esta obligación será sancionado con inhabilitación especial de un mes a tres años y multa de mil a cien mil australes.

Las sustancias o productos químicos serán los que haya determinado o determine el Poder Ejecutivo nacional mediante listas que serán actualizadas periódicamente.

Art. 45.- Los montos de las multas establecidas en la presente ley, con exclusión de los previstos en los artículos 2º y 3º, serán actuali-

zados semestralmente a partir de su fecha de entrada en vigencia, de conformidad a la variación que experimente el índice de precios mayoristas no agropecuarios —nivel general—

que publicare el Instituto Nacional de Estadística y Censos o el organismo que lo reemplace.

Art. 46.- Deróganse los artículos 1° a 11° inclusive de la ley 20.771 y sus modificatorias.

Art. 47.- De forma.

4) ARTÍCULOS DEL CÓDIGO PROCESAL PENAL RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Incapacidad

Art. 76.- Si se presumiere que el imputado, en el momento de cometer el hecho, padecía de alguna enfermedad mental que lo hacía inimputable, podrá disponerse provisionalmente su internación en un establecimiento especial, si su estado lo tornare peligroso para sí o para terceros.

En tal caso, sus derechos de parte serán ejercidos por el curador, o si no lo hubiere, por el defensor oficial, sin perjuicio de la intervención correspondiente a los defensores ya nombrados.

Si el imputado fuere menor de dieciocho (18) años sus derechos de parte podrán ser ejercidos también por sus padres o tutor.

Incapacidad sobreviniente

Art. 77.- Si durante el proceso sobreviniere la incapacidad mental del imputado, el tribunal suspenderá la tramitación de la causa y, si su estado lo tornare peligroso para sí o para los terceros, ordenará la internación de aquél en un establecimiento adecuado, cuyo director le informará trimestralmente sobre el estado del enfermo.

La suspensión del trámite del proceso impedirá la declaración indagatoria o el juicio, según el momento que se ordene, sin perjuicio de que se averigüe el hecho o se prosiga aquél contra los demás imputados.

Si curare el imputado, proseguirá la causa a su respecto.

Examen mental obligatorio

Art. 78.- El imputado será sometido a examen mental, siempre que el delito que se le atribuya esté reprimido con pena no menor de diez (10) años de prisión, o cuando fuere sordomu-

do, o menor de dieciocho (18) años o mayor de setenta (70), o si fuera probable la aplicación de una medida de seguridad.

5) TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

El trastorno sexual puede definirse como un estado funcional o del comportamiento que interfiere el ejercicio y la función erótica.

Puede dividirse en dos grandes grupos: las disfunciones y las parafilias. Las disfunciones son trastornos de origen psíquico o somático que impiden al individuo una conducta sexual adecuada. El disfuncional tiene alterada su respuesta sexual en el nivel del deseo, de la excitación o del orgasmo.

Las parafilias, permiten una respuesta sexual adecuada y placentera pero el objeto o el estímulo sexual se desvía de las normas habituales.

Derivado de las palabras griegas "para" (cerca de) y de "philein" (amar), se lo asocia al hecho de obtener una excitación sexual ante objetos, sujetos o situaciones que no se consideran dentro de las pautas normativas habituales.

Este tipo de conductas sexuales fueron etiquetadas de acuerdo a la ideología imperante como perversiones, aberraciones, desviaciones, vicios, trastornos de las pulsiones, conductas degeneradas, en la actualidad se tiende a denominarlo con un término más neutro como las parafilias.

A continuación enumeramos de acuerdo con el D.S.M. IV modificado las siguientes entidades :

1- *Exhibicionismo*

Fantasías sexuales recurrentes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.

2- *Fetichismo*

Comprende las fantasías o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (por ejemplo ropas íntimas).

3- *Frotteurismo*

Impulso o comportamiento de tocar y rozar a una persona en contra de su voluntad.

4- *Pedofilia*

Impulsos o comportamientos que implican actividad sexual con niños (generalmente menores de 13 años).

5- *Masoquismo*

Comportamiento que implica el hecho real de ser humillado, pegado, atado, o cualquier otra forma de sufrimiento.

6- *Sadismo*

Actos en los que el sufrimiento psicológico o físico de la víctima es sexualmente *excitante*.

7- *Fetichismo transvestista*

Acto que implica vestirse con las ropas del sexo opuesto.

8- *Voyeurismo*

Acto de observar ocultamente a personas desnudas o desnudándose o que se encuentren en actividad sexual.

9- *Parafilias no especificadas*

- a- Escatología telefónica (llamadas obscenas).
- b- Necrofilia (atracción sexual por los cadáveres).
- c- Parcialismo (atención exagerada en una parte del cuerpo).
- d- Zoofilia (por los animales).
- e- Osmolagnia (por los olores nauseabundos).
- f Vampirismo (por la sangre de las heridas).
- g- Dendrofilia (por los vegetales).
- h- Pigmalionismo (por las estatuas).
- i- Gerontofilia (por las personas de edad).
- j- Coprofilia (por las heces)
- k- Clismafilia (por las enemas).
- l- Urofilia (por la orina)

Para establecer el diagnóstico se requiere que el individuo se encuentre perturbado por ello durante seis meses como mínimo.

Los parafilicos pueden cometer delitos sexuales los cuales se encuentran tipificados en el Código Penal.

Los que se hallan con mayor riesgo son los paidofílicos, los exhibicionistas, los froteuristas y los sádicos.

LIBRO XVI

**ASPECTOS MÉDICO-LEGALES
DEL S.I.D.A.**

José A. Patitó

1. INTRODUCCIÓN

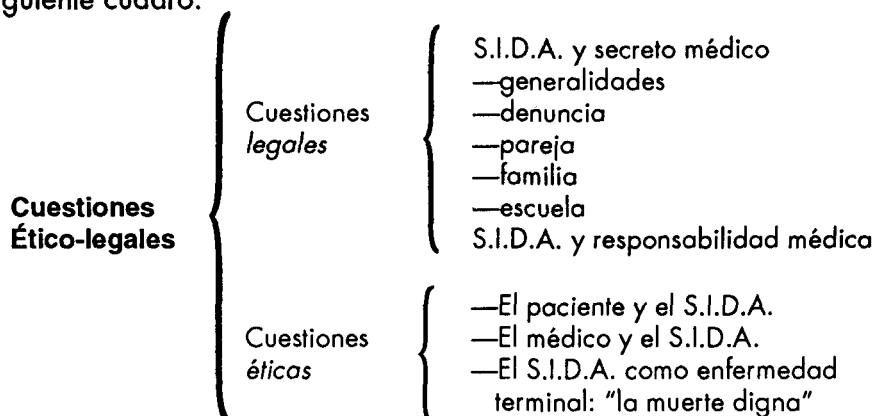
Desde su descubrimiento, el S.I.D.A. ha generado innumerables controversias y debates en diferentes áreas del quehacer humano como medicina, derecho, sociología, política, religión, economía y deporte, entre algunas.

La tragedia que se desencadenó sigue causando sorpresa y alarma. Hasta el momento actual las estadísticas registran aproximadamente 33 millones de infectados en el mundo muchos de ellos ya fallecidos. La región más afectada es la de los países subsaharianos en el África reduciendo notoriamente la expectativa de vida. La franja de población más afectada está entre los 15 y 24 años. En cambio, en los países más desarrollados la epidemia tiende a estabilizarse por la utilización de combinaciones de drogas.

El conocimiento de las formas de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana modificó pautas socioculturales en todo el mundo y provocó innumerables interrogantes de índole médico-legal. Tal es así que en este sentido se la considera la "epidemia bioética" originando entre los profesionales médicos, en algunas situaciones un estado de confusión e incertidumbre en el momento de tomar decisiones.

2. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

Comprenden cuestiones estrictamente *jurídicas* contenidas en disposiciones generales y particularmente ley de lucha contra el S.I.D.A. y otras de carácter ético por lo que con fines didácticos las estudiaremos de acuerdo al esquema del siguiente cuadro:



A) S.I.D.A. y el secreto médico

Entendemos como secreto médico a la obligación que tienen los profesionales que ejercen el arte de curar de guardar reserva acerca de todo lo que ven, 373

hacen o conocen durante el ejercicio de su profesión. La revelación a terceros de estos hechos, sin justa causa, causando o pudiendo causar daño, constituye delito de violación de secreto profesional. (Ver secreto médico - Libro IV).

La ley 23.798 de lucha contra el S.I.D.A. en el artículo 2) establece que "las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda: "exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva", e,

"incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina".

En concordancia con lo señalado, el decreto reglamentario -Nro. 1244/91—dispone que los profesionales médicos así como toda otra persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus H.I.V. o se halla enferma de S.I.D.A. tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla salvo en las siguientes circunstancias:

1. A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz.

2. A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.

3. A los entes del Sistema Nacional de Sangre, creado por el art. 18 de la ley 22.990, mencionado en los incs. a), b), c), d), e), f), h), e i) del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7 de la ley 21.541.

4. Al director de la Institución hospitalaria, en su caso, al director de su servicio de hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5. A los jueces en virtud de auto judicial dictado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6. A los establecimientos mencionados en el art. 11 inc. b) de la ley de adopción 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7. *Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.*

Denuncia

El S.I.D.A. es una enfermedad de denuncia obligatoria. El artículo 10 de la ley 23.798 establece que deben denunciarse los casos de S.I.D.A. Por consiguiente no es obligatoria la denuncia de los casos de portadores del virus sino aquellos casos de S.I.D.A. propiamente dicho configurado por la presencia de infecciones oportunistas y/o neoplasias con serología positiva. En este punto la ley dice que "la notificación de casos de enfermos de S.I.D.A. deberá ser practicada dentro de las 48 horas de confirmado el diagnóstico en los términos y formas establecidos por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y de las causas de su muerte". A su vez la ley 15.465 en el artículo 4 dice que está obligado a la notificación:

"a) el médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver".

Pareja

Frecuentemente hay una colisión con el deber de guardar secreto en el caso en que deba advertirse a potenciales víctimas. Los conflictos legales se evidenciaron a partir de la llamada "doctrina Tarasoff" de la jurisprudencia norteamericana, en la que se establece que el "derecho al secreto no existe si el profesional tiene elementos que razonablemente hagan creer que el paciente por su estado mental puede ser peligroso para sí o para terceros o sus bienes. Revelar el secreto es necesario para evitar un daño". En esa circunstancia los jueces fijaron como límite del secreto profesional el momento en el que está en juego la vida o la salud de terceros. El deber de "*confidencialidad termina donde comienza el peligro para la comunidad*" (Tarasoff vs. Universidad de California, 1976).

El hecho de que un individuo infectado exponga a su pareja al contagio de la enfermedad, sin revelar su condición de infectado, puede ser considerado como un hecho violento o injurioso para la víctima y obliga al médico a la adopción de medidas de protección. La comunicación de la enfermedad al miembro sano de la pareja debería realizarse si el infectado tiene conductas riesgosas o trastornos de personalidad que hagan presumir al médico que puede darse la posibilidad del contagio. En este caso el médico tiene el deber legal y ético de informar ya que de esa forma evitará un daño.

Familia

En este ámbito también se justifica, desde los puntos de vista legal y ético, la revelación a la familia si uno de sus miembros infectados por el H.I.V. tiene conductas peligrosas para sí o para terceros valiendo las mismas consideraciones hechas con respecto a la pareja.

Escuela

Debe prevalecer una actitud de mayor protección de la confidencialidad de los alumnos portadores de H.I.V. previendo las consecuencias que podrían darse si esta situación es conocida por los otros alumnos o sus padres. En este sentido los padres del niño portador asintomático del virus deberían poner en conocimiento de las autoridades tal situación para que se tomen las medidas de prevención adecuadas.

En el caso de la pareja, la familia y la escuela la revelación del estado de portador del virus de la inmunodeficiencia humana, en las condiciones precitadas, tiene su resguardo y base de sustentación legal en el inciso 7mo. del artículo 2º del decreto reglamentario de la ley de lucha contra el S.I.D.A. cuando autoriza dicha revelación "*bajo la responsabilidad del médico a quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor*".

Por otra parte, la revelación de la condición de portador del virus de la inmunodeficiencia por parte del médico en los ámbitos que fueran explicitados

encuentra la "justa causa" cuando existe un peligro respecto de un tercero en forma cierta e inminente (pareja sexual) debiendo siempre evaluarse la *colisión entre el derecho a la privacidad del paciente o portador y el bienestar de la comunidad* debiéndose determinar en cada caso particular cuál de ellos tiene mayor jerarquía y actuar en consecuencia.

B) Responsabilidad médica y S.I.D.A.

La ley 23.798 y el decreto reglamentario contemplan la relación entre el médico y el paciente contaminado con el H.I.V. estableciendo las obligaciones de aquél y los derechos del paciente poniendo de relieve las cuestiones relativas al *consentimiento informado* como expresión de voluntad del paciente, previa la información que se considere necesaria, de aceptar o rechazar una práctica y que liga contractualmente a dos titulares perfectamente identificables.

El artículo 6 de la ley 23.798 establece que los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección. El decreto reglamentario a su vez, se señala que "el profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente. De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el art. 8". Este artículo dice que los profesionales que detecten el virus de la inmunodeficiencia humana o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada. El decreto reglamentario dice que "la información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado y se extenderá personalmente al portador del virus H.I.V. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como constancia del cumplimiento de lo establecido por este artículo. Se entiende por profesionales que detecten el virus a los médicos tratantes".

Responsabilidad médica y Bancos de Sangre

En el art. 7 de la ley se establece que es obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico, debiendo ser descartadas las muestras de sangre y hemoderivados que muestren positividad.

Responsabilidad médica y transplantes

El art. 8 ya mencionado establece que es obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en los donantes de órganos para trasplante debiendo des-

cartarse aquéllos que demuestren positividad. Por otra parte en la legislación relativa a transplantes de material anatómico entre seres humanos se establece como prueba obligatoria la detección del virus H.I.V. en los donantes de órganos y/o tejidos.

C) Secreto médico, responsabilidad médica y S.I.D.A.

Donde más se pone de manifiesto el entrelazamiento de estos dos aspectos es en las cuestiones laborales tanto en el ingreso como en la permanencia en una determinada actividad.

La detección del virus de la inmunodeficiencia humana como elemento del examen preocupacional debe contar con el *consentimiento* del postulante ya que de no hacerlo se estaría infringiendo el artículo 6 del decreto reglamentario.

El deber de información del médico al empleador está condicionado al tipo de tareas que desarrolla el trabajador y la comunicación se justifica únicamente para impedir que el trabajador siga cumpliendo tareas que signifiquen un detrimento para su salud, agravamiento de su enfermedad o que represente un riesgo para terceros. Las directivas de la O.M.S. y de la O.I.T. dice que "la infección por el virus del S.I.D.A. no entraña por sí misma limitación alguna para la aptitud para el trabajo. Si ésta se encuentra manoscabada se deberán tomar medidas para efectuar un cambio razonable de las condiciones de trabajo. La infección por el H.I.V. no se motivo para el cese de la relación laboral debiendo ser tratados como cualquier otro trabajador enfermo".

En síntesis: *se justifica la revelación al empleador si el trabajo perjudica al trabajador o si por las características de las tareas pueda transmitirse a otro trabajador.*

De esta forma queda bajo el criterio médico el manejo de esa información y el médico decidirá si revelará o no, ese dato. La armonización de los principios en juego deberá conciliar el derecho a la privacidad y a no ser discriminado frente al derecho de la comunidad que exige medidas para el control de la enfermedad debiendo resolverse ese conflicto en forma particular en cada caso que se presente.

3. ASPECTOS BIOÉTICOS

Estas cuestiones se relacionan con la actitud del médico frente al paciente y lo concerniente al médico como persona afectada por el virus.

A) El S.I.D.A. y el paciente

El derecho al conocimiento de la enfermedad está contemplado en la ley. En efecto, al referirse a las excepciones al secreto médico el artículo 2º, inciso 1) del decreto reglamentario dice que el médico debe suministrar esta información a "la persona infectada o enferma, o a su representante legal, si se trata de un incapaz".

En este aspecto y como elemento esclarecedor en algunos casos conflictivos convendría remitirse a las normas sobre el Secreto Profesional contenidas en los artículos 68 y 76 del Código de Ética Médica de la C.OM.R.A. en el que contempla la posibilidad de que la revelación de la enfermedad podría perjudicar al paciente y la obligación de suministrar el diagnóstico de la enfermedad sólo al paciente y allegados más inmediatos.

La ley 17.132 en el artículo 19 (obligaciones de los médicos) contiene disposiciones relativas al derecho de los pacientes respecto a la negativa a la internación tal como estaría indicada en los pacientes que cursan el estadio IV de la enfermedad. El inciso 3) del artículo 19 dice que el médico está obligado a "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse".

B) El médico y el S.I.D.A.

El médico como trabajador de la salud está en riesgo de adquirir la enfermedad durante el ejercicio profesional a través de líquidos orgánicos contaminados o por instrumental infectado. La literatura señala que la tasa de seroconversión es del 0.23% es decir que aproximadamente en 1 de cada 500 casos denunciados como accidente se produjo la infección.

En relación a este tema está la cuestión del profesional portador asintomático del virus. En este sentido existe como antecedente —cuestionable en su aplicación— el artículo 20, inciso 17 de la ley 17.132 que establece como una de las prohibiciones de los médicos la de "ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas". En Estados Unidos ante el caso de un médico especialista en cirugía plástica y portador asintomático del virus las autoridades del hospital en donde actuaba prohibieron que trabajara habiendo sido convalidada esta decisión por la justicia. Ante esta situación la Asociación Médica Americana aconseja a los profesionales del arte de curar que sean portadores asintomáticos del virus y que ejerzan una especialidad con riesgo de transmisión a los pacientes, que se abstengan de ejercerla o bien que pongan en conocimiento del paciente esta situación y que sea éste en definitiva quien decide si quiere o no continuar bajo su asistencia.

C) El S.I.D.A. como enfermedad terminal, la "muerte digna"

Toda persona enferma tiene derecho a la salud y a una "muerte digna". En el caso de enfermos de S.I.D.A. en período terminal y hallándose en pleno uso de sus facultades mentales, debe respetarse la decisión del enfermo en cuanto a someterse a tratamiento o a internarse. En este sentido son de aplicación y observación, desde el punto de vista ético, el principio de autonomía y desde el punto de vista legal lo establecido en la ley del ejercicio de la medicina Nro. 17.132, cuando en el artículo 19, inciso 3) dispone que se debe "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse"...

En el caso de detenidos afectados de una patología en estadio terminal, la ley 24.660 prevé para este supuesto que el condenado podrá cumplir la pena impuesta en forma domiciliaria siempre que haya un pedido de algún familiar,

persona o institución responsable previo informe especializado. En el caso del S.I.D.A. se considera que se está en presencia del estadio terminal cuando se reúnen los siguientes datos clínicos y de laboratorio:

- a) serología positiva para H.I.V.;
- b) más de una patología marcadora de S.I.D.A.;
- c) CD 4 menos de 50 x mm³ en dos estudios sucesivos con 30 días de diferencia;
- d) falta de respuesta al tratamiento antiretroviral con indicación adecuada y tratamiento fehaciente;
- e) manifiesta dificultad psicofísica para valerse por sí mismo.

LEY 23.798

Sanción: 16 de agosto de 1990.

Promulgación: 14 de setiembre 1990.

Publicación: B.O. 20/9/90.

Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) – Declaración de interés nacional.

Citas legales: ley 15.465: XX-A, 104.

Art. 1º — Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art. 2º — Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona;
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva;
- d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;
- e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Art. 3º — Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del

país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4º — A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1º, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;
- e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Art. 5º — El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y trata-

miento de los enfermos y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6º — Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección. ,

Art. 7º — Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Art. 8º — Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9º — Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

Art. 10 — La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidas por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11 — Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizada, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores, infectados y enfermos con el virus de la IDH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte.

Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Art. 12 — La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material califi-

cado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos

Art. 13 — Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán consideradas fallas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14 — Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con:

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actuaren las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo la sanción aplicada.

Art. 15 — A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera. '

Art. 16 — El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial: Fondo Nacional de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el Art. 1º.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17 — Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario; con audiencia de prue-

ba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18 — La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19 — En cada provincia los procedimientos se usarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20 — Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 3º de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el

de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21 — Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el art. 4º de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a rentas generales y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22 — El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación.

Art. 23 — Comuníquese, etc.

DECRETO 1244/91

Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) — Reglamentación de la ley 23.798

Fecha: 1 de julio de 1991
Publicación: B. O. 817/91

Citas legales: ley 23.798: L-D, 3827; ley 23.054: XLIV-B, 1250; ley 23.592: XLVIII-D, 4179; ley 22.990: XLII-D, 3983; ley 21.541: XXXVII-A, 156; ley 19.134: XXXI-B, 1408; D. 385J89: XLIX-B, 1448; D. 375/89: XLIX-B, 1440; ley 15.465: XX-A-A, 104.

Art. 1º — Apruébase la reglamentación de la ley 23.798, que declaró de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que como anexo I forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2º — Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social la Cuenta Especial Nro. 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

Art. 3º — Comuníquese, etc: Menem - Porto.

ANEXO 1

Art. 1º — Incorpórase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las provincias y a la Muni-

cipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

Art. 2º, incs. a) y b) — Para la aplicación de la ley y de la presente reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por ley 23.054 y de la ley antidiscriminatoria, 23.592.

Inc. c) — Los profesionales médicos; así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halla enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

1. A la persona infectada o enferma, ó a su representante, si se trata de un incapaz.

2. A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.

3. A los entes del Sistema Nacional de Sangre, creado por el art. 18 de la ley 22.990, mencionados en los incs. a), b), c), d), e), f), g), h), e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el art. 7º de la ley 21.541.

4. Al director de la Institución hospitalaria o, en su caso, al director de su servicio de hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5. A los Jueces en virtud de auto Judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen, asuntos de familia.

6. A los establecimientos mencionados en

el Art. 11, inc. b) de la ley de adopción, 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o tutores adoptantes.

7. Bajo la responsabilidad del médico de quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inc. d) sin reglamentar.

Inc. e) Se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un sólo dígito serán antepuestos del número cero (0).

Art. 3° — El Ministerio de Salud y Acción Social procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tenían concordancia y uniformidad de criterios.

Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en la provincia y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4° Inc. a) Sin reglamentar.

Inc. b) Sin reglamentar.

Inc. c) Sin reglamentar.

Inc. d) Sin reglamentar.

Inc. e) Sin reglamentar.

Inc. f) A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA en el marco del art. 8° del dec. 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5° — Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el art. 5° de la ley 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo preceptuado en sus arts. 1°, 6° y 8°.

Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los arts. 202 y 203 del Código Penal.

Art. 6° — El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente.

De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el art. 8°.

Art. 7° — A los fines de la ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalente a los órganos.

Serán aplicables al art. 21 de la ley 22.990 y el art. 18 del decr. 375 del 21 de marzo de 1989.

Art. 8° — La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se entenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus HIV. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como constancia del cumplimiento de lo establecido por este artículo.

Se entiende por profesionales que detecten el virus a los médicos tratantes.

Art. 9° — El Ministerio de Salud y Acción Social determinará los controles mencionados en el art. 9° de la ley. El Ministerio del Interior asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10° — La notificación de la enfermedad y, en su caso, por fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el art. 4°, inc. a) de la ley 15.465, observándose lo prescripto en el art. 2°, inc. e) de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11° — Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Sólo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12° — El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el art. 12 de la ley. El personal que manipule el material a que alude dicha nota será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio, y se le entregará constancia escrita de haber sido instruidos sobre normas a aplicar.

Art. 13° — Sin reglamentar.

Art. 14° — En el ámbito nacional será autoridad competente el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 15° — El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente, habilitará un Registro Nacional de Infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competentes de las provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires la información necesaria para mantener actualizado dicho Registro.

Art. 16° — Sin reglamentar.

Art. 17° — Sin reglamentar.

Art. 18° — Sin reglamentar.

Art. 19° — Sin reglamentar.

Art. 20° — Sin reglamentar.

Art. 21° — Sin reglamentar.

Art. 22° — Sin reglamentar.

LIBRO XVII

VIOLENCIA FAMILIAR

Carlos A. Navari
José A. Patitó

1. ASPECTOS GENERALES. ANTECEDENTES

La violencia familiar afecta a todos los estamentos de la sociedad sin distinción alguna respecto a edades, sexo, nivel económico ni grado de educación. Ha tomado una dimensión tal que ha traspuesto los límites del ejercicio de la medicina transformándose en un hecho social. De esta forma ha dejado de ser un acontecimiento aislado perteneciente a privacidad de un individuo o de un grupo familiar.

Por otra parte, el incremento de este tipo de violencia está sobrecargando y demandando mayor atención a las instituciones prestadoras de servicios médicos que se ven así sobrepasadas porque carecen de recursos, infraestructura y personal idóneo para el tratamiento de las víctimas.

En 1879 Tardieu en el artículo "Estudio médico-legal sobre las sevicias y los malos tratos ejercidos sobre los niños" describió los signos clásicos del maltrato. En 1946, Caffey —un radiólogo de Pittsburgh— publicó el artículo titulado "Fracturas múltiples de huesos largos en niños portadores de hematoma subdural crónico" en el que se describe en detalle la historia de seis niños de entre 2 semanas y 1 año de vida con hematoma subdural crónico y con fracturas en huesos largos. A pesar de haber realizado un estudio en el que se descartó la etiología no traumática de dichos procesos, dicho autor no reconoció su verdadera etiología. En el año 1953 Silverman reconoció la causalidad traumática de esta patología, no obstante lo cual, concluyó en que habría algún factor individual que predispondría a algunos niños más que a otros a sufrir este tipo de lesiones.

En el año 1962 Kempe y colaboradores en el artículo "The battered child syndrome" establecieron la naturaleza traumática de carácter intencional del síndrome siendo ese el nombre con que en la literatura se conoce esta entidad.

2. EL MALTRATO INFANTIL

Se entiende por "maltrato infantil" al:

- abuso o injuria emocional y/o
- abuso sexual y/o
- trato negligente

provocado por la o las personas encargadas de su cuidado.

a) Abuso físico

Es el uso de la fuerza física por parte de padres, cuidadores o convivientes adultos, con el objeto de castigar al menor, provocándole un daño físico

intencional y no accidental, que origina lesiones de diversos tipos y gravedad (equimosis, hematomas, quemaduras, mordeduras, fracturas, etc).

Indicadores

- Lesiones de piel o hematomas en distintas partes del cuerpo (especialmente faciales, dorso, genitales externos) en diferente estado de cicatrización e insatisfactoriamente explicadas.
- Lesiones de forma características: hebillas de cinturón, cables eléctricos, mano, látigo, mordedura, etc.
- Marcas de sogas en muñecas y/o tobillos.
- Quemaduras de cigarrillo ; quemaduras por inmersión en agua caliente, dejando lesiones en guante, media o salvavidas; quemaduras de plancha o radiador.
- Injurias cefálicas sin explicación satisfactoria:
- Areas de alopecia y/o hematomas o petequias del cuero cabelludo.
- Hematoma subdural.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Hemorragia o desprendimiento de retina.
- Diente flojo o ausente.
- Desgarro del piso de la boca.
- Injurias internas no satisfactoriamente explicadas:
- Hematoma duodeno yeyunal.
- Ruptura de vena cava inferior.
- Ruptura de hígado , bazo o páncreas (quistes traumáticos).
- Traumatismo renal.
- Fracturas inexplicadas o cuya explicación no coincide con el tipo de lesión hallada: fractura de costilla, mandíbula, esternón, escápula, cráneo, nasal, columna, huesos largos.
- Evidencia de fracturas antiguas sin explicación.
- Signos radiológicos característicos: separación epifisaria.

b) Abuso emocional

La crianza con exigencias y demandas por parte de los padres, que superan las capacidades del niño, o que desconocen las necesidades del mismo, afectan seriamente el desarrollo de la personalidad y la integración social. (Ej.: el rechazo, la indiferencia, la desvalorización, el aislamiento, el terror, etc.).

Indicadores en el niño.

- Hábitos inadecuados para la edad (succión del pulgar, chupete, muerde, rocking, etc).
- Exhibe conductas extremas: agresivo, tímido, pasivo, exigente o quejoso.
- Rasgos neuróticos (trastornos en el sueño, trastornos del lenguaje, inhibiciones en el juego, etc).
- Reacciones psiconeuróticas (histeria, obsesiones, fobias, hipocondría, enuresis, encopresis, etc.)
- Sobreadaptado (conductas de tipo adulto, inapropiadas para la edad).
- Retraso en el desarrollo físico, mental o emocional.
- Intento de suicidio.
- Huye de la casa.

Indicadores de los padres

- Trata desigualmente a los niños de la familia.
- Es frío, rechazante y niega amor.
- Culpa o ignora al niño.
- Tiene expectativas irreales con respecto a los niños.
- Critica, grita o burla excesivamente al niño.
- Hace continuas promesas que no tiene intención de cumplir.
- Ha sido maltratado siendo niño.

c) Abuso sexual

Se usa esta denominación en forma genérica implicando no sólo el abuso sexual tal cual está tipificado en el Código Penal como una forma de delito contra la "integridad sexual". Consiste en la participación de un menor con un adulto en cualquier tipo de actividad sexual.

Indicadores en la conducta del niño

- Conducta sexual o conocimiento inapropiado para la edad (juego marcadamente sexual).
- Se niega a permitir examen físico o particular en actividades físicas o al cambiarse de ropa de gimnasia.
- Actúa distraído, fantasea o exhibe conducta infantil.
- Tienen inadecuada relación con sus pares.
- Se fuga de la casa.
- Intento de suicidio.
- Relata abuso sexual.
- Se halla temeroso, fóbico, especialmente de los adultos.
- Tiene distorsionada la imagen corporal.
- Expresa sentimientos de culpa o vergüenza, tiene mal concepto de sí mismo.
- Comienza a rendir mal académicamente.
- Muestra relación positiva con el ofensor, reversión de roles.
- Desarrollo eneuresis y/o encopresis.
- Comienza a masturbarse compulsivamente.
- Sexualmente promiscuo.
- Tiene historia de hermano/a abusado.

Indicadores en el padre

- Sobre protector o celoso del niño.
- Exhibe inapropiada afección ("libertades") hacia el niño.
- Alienta al niño a practicar en prostitución, pornografía o actos sexuales en su presencia.
- Está frecuentemente ausente de la casa.
- Usa alcohol o drogas.
- Presenta la misma enfermedad venérea que la víctima.
- Familia inestable, aislada, reversión de roles.
- Ha sido abusado siendo niño.

Indicadores físicos

- Tiene dificultad para caminar o sentarse.
- Tiene ropa interior rota o manchada.
- Se queja de dolor o picazón en la zona genital.
- Presenta hematomas o hemorragias en la zona perineal.
- Presenta enfermedad venérea.
- Embarazo.
- Engrosamiento y/o hiperpigmentación de la piel de los labios de la vulva, especialmente cuando se resuelve luego de un tiempo de estar alejada del estímulo.
- Diámetro horizontal de la apertura vaginal que excede los 4 mm en niñas prepúberes.
- Recurrentes infecciones urinarias no relacionadas con uropatías.
- Tono rectal laxo.

d) Negligencia

Consiste en la insatisfacción de las necesidades básicas de niño (alimentación, vestimenta, higiene, educación, salud, etc), a pesar de que el medio familiar dispone de las posibilidades socioeconómicas necesarias para evitarlas.

Indicadores físicos

- Niño frecuentemente hambriento, vestido inapropiadamente para el clima y/o con higiene inadecuada.
- Frecuentemente cansado o desatento.
- Falta de atención médica u odontológica.
- Desnutrición por falta de aporte.
- Retraso madurativo.
- Severa dermatitis del pañal.
- Abandonado.

Indicadores en la conducta del niño.

- El niño relata falta de supervisión y/o cuidado.
- Conducta delincuente: usa alcohol o drogas, vandalismo, conducta sexual inapropiada.
- Pide o roba comida.
- Llega frecuentemente tarde o esta ausente en la escuela.
- Intoxicaciones frecuentes.
- Reversión de roles.

Indicadores en la conducta de los padres

- Usa alcohol o drogas.
- Familia desorganizada.
- Es apático, vive aislado, está sumergido en su propio mundo.
- Tiene enfermedades crónicas o patología psiquiátrica (severa depresión).
- Tiene historia de haber sido víctima de negligencia siendo niño.
- No se lo puede localizar.

e) Otras formas del maltrato infantil

Menores forzados a:

- tomar alcohol o drogas.
- mendigar o robar.
- trabajar excesivamente.
- ejercer la prostitución.

Relacionado con esta temática se halla el "síndrome de Munchausen" que forma parte de los cuadros conocidos en Psiquiatría con el nombre de *Trastornos facticios* (facticio significa "artificial", "imitación").

El síndrome de Munchausen "recibió esta denominación en 1951 por Richard Asher. En lo concerniente al tema que nos ocupa es un trastorno de tipo *sustitutivo* ya que se trata de una persona que produce síntomas en otra. En general, uno de los padres en un hijo, con la intención de asumir el rol de enfermo o enferma, según el caso, en forma indirecta (sustitutiva).

El diagnóstico se aplica al sujeto que induce los síntomas y no a la víctima y lo mencionamos aquí ya que se trata de una forma de conducta que implica maltrato. El diagnóstico de este síndrome resulta muchas veces dificultoso porque al equipo médico le resulta poco verosímil que un padre o madre, aparentemente preocupados, puedan someter a un hijo sano a situaciones riesgosas para su vida como estudios cruentos, internaciones, y hasta operaciones.

3. ASPECTOS JURÍDICOS Y MÉDICO-LEGALES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Si bien los niños y adolescentes son el grupo más numeroso de víctimas, el maltrato familiar no se limita exclusivamente a ese grupo etario, viéndose también en recién nacidos, lactantes, mujeres en edad adulta y ancianos y discapacitados.

Desde el punto de vista *jurídico*, nuestro país ha tomado conciencia del problema incorporando a la Constitución, a través de la reforma del año 1994, como complemento de los Derechos y Garantías, a la "Convención sobre los Derechos del Niño", y, sancionando el 28 de diciembre del mismo año la ley de "Protección contra la violencia familiar" que lleva el Nro. 24.417.

Esta ley sólo permite la intervención de la justicia para cesar la violencia y contiene cuestiones que interesan a la actividad profesional médica específicamente relativas a la denuncia y pericias.

Comentario y análisis de la ley

a) El grupo familiar. Hechos que configuran violencia. Asistencia y criterios de internación. Denuncia. Cese del hecho dañoso.

El artículo 1 expresa: "Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar al originado en el matrimonio o en las uniones de hecho".

El artículo 2 dice: "Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público".

Como grupo familiar debe comprenderse el matrimonio y las uniones de hecho dada la realidad de la sociedad actual.

La acepción de maltrato es "tratar mal a uno de palabra u obra" siendo en el contexto de la ley "todo acto contrario al respecto corporal y moral que merece quién está subordinado a la autoridad de otro". Se incluyen aquellos hechos por acción u omisión que causen un daño físico o psíquico y al abandono físico y emocional de la persona.

b) Evaluación del maltrato. Criterios de internación

En este sentido resultan útiles las pautas elaboradas por el Comité de Violencia familiar del Hospital Elizalde que deberían tenerse en cuenta en el momento de la consulta de casos sospechosos de maltrato y que por ser de interés práctico nos permitimos transcribir en la página siguiente.

Los criterios de internación a aplicar en aquellos casos de menores asistidos en guardia o en Consultorios externos son los siguientes:

1. todo niño menor de tres años que presente lesiones sospechosas, independientemente de su gravedad;
2. todo niño con episodios reiterados de maltrato;
3. todo niño cuidado negligentemente en la cual se evalúe una situación familiar de alto riesgo;
4. todo niño con lesiones graves;
5. todo niño mayor de tres años con diagnóstico presuntivo de maltrato, sin posibilidad de seguimiento ambulatorio;
6. menor abandonado.

c) Denuncia. Secreto médico

La ley asigna a la denuncia un carácter obligatorio (justa causa) respecto de la violencia ejercida sobre menores o incapaces pesando dicha carga sobre sus representantes legales y/o sobre el ministerio público. La misma se hace extensiva a los directores de hospitales públicos y clínicas privadas así como a todos los profesionales del área de la salud física y mental (médicos, psicólogos). Esta obligación alcanza a los directores de escuelas y colegios públicos y privados y a los funcionarios públicos que, en razón de su labor hubiesen tomado conocimiento de hechos de violencia doméstica. Según el artículo 4 del decreto reglamentario el plazo máximo para hacer la denuncia es de 72 horas, salvo que a criterio del denunciante resulte conveniente extender dicho plazo.

Si bien el Código de Procedimiento en materia Penal (ley 23.984) dice que toda persona víctima de un delito o que tome conocimiento de que se ha cometido un delito, puede efectuar la denuncia al juez, al agente fiscal o a la policía, la ley de Protección contra el maltrato limita la amplitud ante quienes puede hacerse la denuncia circunscribiéndolo a los jueces con competencia en asuntos de familia.

VIOLENCIA FAMILIAR

Evaluación del maltrato Comité de violencia familiar. Hospital P. de Elizalde

Factores	Alto	Mediano	Bajo
Edad	<3	3-8	8 o más
Violencia conyugal	asimétrica	simétrica	—
Familia monoparental	cuando el hombre está a cargo	cuando la mujer está a cargo	—
Familia numerosa	3 ó más (en especial seguidos)	2-3 o gemelos	3 años diferencia edad entre unos y otros
Fracaso escolar	2 ó más, repetición en más de un	2 o más repeticiones hermano	sin repeticiones en un integrante
Desempleo	ambos	un miembro	empleo o desempleo ocasional
Vivienda	hacinamiento Cohabitación con cohecho. Planta física inadecuada y/o riesgo de desalojo inminente	Planta física inadecuada	
Lesiones	fracturas múltiples cráneo-hematomas severos-subdural hematomas y fracturas de diferentes tipo de evolución que evidencian más de un episodio quemaduras-sacudidas	hematomas en cara u otra localización riesgosa, dos o localizaciones, fractura única en huesos largos	incidentes aislados hematomas localizados, hombros, brazos, no se detectan episodios anteriores
Versión de los padres	contradicción en la verbalización entre los padres, respecto a la lesión	coincide la verbalización de uno de los padres con la lesión	coincidencia entre la versión de los padres, y reconocimiento
Antecedentes hospitalarios	3 o más	uno	sin antecedentes
Demora en la consulta	48 hs. o más	12 hs.	inmediata
Reconocimiento del maltrato	no reconoce	reconocimiento parcial, justificación	reconocimiento

d) Cese del maltrato

Desde el punto de vista jurídico la ley 24.417 es una norma de procedimiento siendo materia de los juzgados civiles con competencia en asuntos de familia. El mecanismo que instituye la ley brinda a la víctima la oportunidad para que pueda requerir y obtener el auxilio de la justicia para que cese el hecho dañoso.

El magistrado que interviene y constata situaciones de peligros no aplica

sanciones sino las llamadas "medidas cautelares enumeradas en el artículo 4 y que son: la exclusión del autor de la vivienda donde habita el grupo familiar y prohibición del acceso al domicilio del damnificado así como a los lugares de trabajo o estudio. También puede ordenar el reingreso al domicilio a petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal y decretar provisoriamente alimentos, tenencia y derecho de comunicación con los hijos".

e) Pericias

El artículo 3 de la ley dispone: *"El juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambiental de la familia. Las partes podrán solicitar otros informes técnicos"*.

Comentario: de acuerdo a ese artículo son necesarias las pericias psicológica, socioambiental y médica que pondrán en conocimiento del juez la verosimilitud de los hechos denunciados, sus causas y el tratamiento que podría instituirse.

LEY 24.417

Protección contra la violencia familiar – Modificación del Código Procesal Penal.

Sanción: 7 de diciembre de 1994.

Promulgación: 28 de diciembre de 1994.

Publicación: B.O. 3/1/95.

Citas legales: ley 2372 (Código Procesal Penal)*188101888, 441; ley 23.984: LL-C. 2904.

Art. 1º — Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho.

Art. 2º — Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público.

Art. 3º — El juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambien-

tal de la familia. Las partes podrán solicitar otros informes técnicos.

Art. 4º — El juez podrá adoptar, al tomar conocimiento de los hechos motivo de la denuncia, las siguientes medidas cautelares:

a) Ordenar la exclusión del autor, de la vivienda donde habita el grupo familiar;

b) Prohibir el acceso del autor, al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo o estudio;

c) Ordenar el reintegro al domicilio a petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal, excluyendo al autor;

d) Decretar provisoriamente alimentos, tenencia y derecho de comunicación con los hijos.

El juez establecerá la duración de las medidas dispuestas de acuerdo a los antecedentes de la causa.

Art. 5º — El juez, dentro de las 48 horas de adoptadas las medidas precautorias, convocará a las partes y al ministerio público a una audiencia de mediación instando a las mismas y su grupo familiar a asistir a programas educativos o terapéuticos, teniendo en cuenta el informe del art. 3º.

Art. 6º — La reglamentación de esta ley preverá las medidas conducentes a fin de brindar al imputado y su grupo familiar asistencia médica psicológica gratuita.

Art. 7º — De las denuncias que se presente se dará participación al Consejo Nacional del Menor y la Familia a fin de atender la coordinación de los servicios públicos y privados que eviten y, en su caso, superen las causas del

VIOLENCIA FAMILIAR

maltrato, abusos y todo tipo de violencia dentro de la familia.

Para el mismo efecto podrán ser convocados por el juez los organismos públicos y entidades no gubernamentales dedicadas a la prevención de la violencia y asistencia de las víctimas.

Art. 8º — Incorpórase como segundo párrafo al art. 310 del Código Procesal Penal de la Nación (ley 23.984) el siguiente:

En los procesos por alguno de los delitos previstos en el libro segundo, títulos I, II, III, V y VI, y título V, familiar capítulo I del Código Penal cometidos dentro de un grupo familiar conviviente, aunque estuviese constituido por uniones de hecho, y las circunstancias del caso hicieren presumir fundamentalmente que pueden repetirse, el juez podrá disponer como

medida cautelar la exclusión del hogar del procesado. Si el procesado tuviere deberes de asistencia familiar y la exclusión hiciere peligrar la subsistencia de los alimentados, se dará intervención al asesor de menores para que se promuevan las acciones que correspondan.

Art. 9º — Invítase a las provincias a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente.

Art. 10 — Comuníquese, etc.

Ley 24.417.—Proyecto de los diputados Yoma y Roy, considerado y aprobado con modificaciones por la Cámara de Diputados en la sesión del 1 de diciembre de 1993 (D. ses. Dip. 1993, ps. 3401 a 3404) y por el Senado en la sesión del 7 de diciembre de 1994 (D. ses. Sen. 1994)

Protección contra la violencia familiar Decreto 235/96

Reglamentase la Ley Nro. 24.417
Bs. As. 7/3/96.

VISTO la Ley Nro. 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar y el Expediente Nro. 100.664/95 del registro del Ministerio de Justicia y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución M.J. Nº 255 del 18 de mayo de 1995 se creó una Comisión encargada de elaborar un proyecto de Decreto Reglamentario de la Ley citada en el Visto.

Que dicha Ley ha creado un régimen legal tendiente a proteger a las personas frente a las lesiones o malos tratos físicos o psíquicos infligidos por parte de algún o algunos de los integrantes del grupo familiar al que pertenecen.

Que resulta necesario proceder a la reglamentación, a fin de implementar un sistema que permita la plena aplicación de la normativa sancionada por el Honorable Congreso de la Nación.

Que el presente decreto se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 2) de la Constitución Nacional.

Por ello,

El presidente de la Nación Argentina decreta:

Artículo 1º — Centros de información y asesoramiento. En los organismos que se mencionan más adelante, funcionarán centros de información y asesoramiento sobre violencia física y psíquica. Estos centros tendrán la finali-

dad de asegurar y orientar a los presentantes sobre los alcances de la Ley Nro. 24.417 y sobre los recursos disponibles para la prevención y atención de los supuestos que aquélla contempla.

Los centros estarán integrados por personal idóneo para cumplir sus funciones y por profesionales con formación especializada en violencia familiar.

Las respectivas dotaciones se compondrán con personal que ya revista en la Administración Pública Nacional y Municipal.

Los centros funcionarán en:

a) Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires que sean designados al efecto.

b) Centros de Atención Jurídica Comunitaria dependientes de la Secretaría de Asuntos Legislativos del Ministerio de Justicia.

c) Consejo Nacional del Menor y la Familia.

d) Consejo Nacional de la Mujer.

e) Dirección General de la Mujer dependiente de la subsecretaría de Promoción y Desarrollo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

f) Distritos escolares a través del Equipo de Prevención y Contención de la Violencia Familiar de la Secretaría de Educación de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, para el ámbito escolar.

Los organismos en los que funcionen estos centros quedan facultados para reglar lo concerniente a su integración, conducción y funcionamiento, bajo la coordinación del Ministerio de Justicia.

Art. 2º — Registro de denuncias. El Conse-

jo Nacional del Menor y la Familia, llevará un Registro de Denuncias, por agresor y por víctima, en el que deberán especificarse los datos que surjan del formulario de denuncia que, como Anexo I, forma parte de este decreto. En el Registro también se tomará nota del resultado de las actuaciones.

El Registro deberá amparar adecuadamente la intimidad de las personas allí incluidas.

El Consejo Nacional del Menor y la Familia tendrá a su cargo la elaboración de un programa para registrar los datos sobre violencia familiar, en el que se asentarán las denuncias y comunicaciones que se reciban de los organismos correspondientes.

Art. 3º — Formulario. Todo denunciante deberá completar el formulario de denuncia mencionado en el artículo 2º.

Art. 4º — Obligación de denunciar los hechos de violencia. La obligación de denuncia a que se refiere el artículo 2º de la Ley 24.417, deberá ser cumplida dentro de un plazo máximo de *setenta y dos (72) horas*, salvo que, consultado el programa previsto en el tercer párrafo del artículo 2º de esta reglamentación, surja que el caso se encuentra bajo atención o que, por motivos fundados a criterio del denunciante, resulte conveniente extender el plazo.

Art. 5º — Asistencia letrada: No se requiere asistencia letrada para formular las denuncias. Se garantiza la asistencia jurídica gratuita a las personas que la requieran y no cuenten con recursos suficientes a través de los Defensores de Pobres, Incapaces y Ausentes en lo Civil y Comercial, de los Centros de Atención Jurídica Comunitaria dependientes de la Secretaría de Asuntos Legislativos del Ministerio de Justicia y de los consultorios jurídicos dependientes de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y de otros organismos públicos.

El Ministerio de Justicia abrirá y llevará un Registro de Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G.) en el que podrán anotarse aquellas que estén en condiciones de prestar asistencia jurídica gratuita. La prestación se regirá por convenios que el Ministerio de Justicia suscribirá con esas instituciones, en los que podrá incluirse el compromiso de las entidades de brindar capacitación especializada en temas de violencia familiar.

A los mismos fines, el Ministerio de Justicia podrá celebrar convenios con la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y con el Colegio Público de Abogados de la Capital Federal.

Art. 6º — Cuerpo interdisciplinario. Créase en el ámbito del Ministerio de Justicia, un Cuerpo Interdisciplinario de profesionales con formación especializada en violencia familiar que deberá prestar apoyo técnico en los casos

que le sea requerido por los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil, con competencia en asuntos de familia. Su sede estará próxima a esos Juzgados, siempre y cuando el organismo jurisdiccional competente habilite instalaciones adecuadas a ese efecto.

Art. 7º — Informe y diagnóstico. El Cuerpo mencionado en el artículo anterior emitirá, en el plazo de veinticuatro (24) horas, un diagnóstico preliminar para permitir al Juez evaluar sobre la situación de riesgo y facilitar la decisión acerca de las medidas cautelares previstas en el artículo 4º de la Ley Nro. 24.417. El diagnóstico preliminar no será requerido cuando el Juez no lo considere necesario por haber sido la denuncia acompañada de un diagnóstico producido por profesionales o instituciones públicas o privadas idóneas en violencia familiar o de informes concordantes del programa previsto en el artículo 2º de esta reglamentación.

Art. 8º — Diagnóstico de interacción familiar. sin perjuicio de la actuación de los auxiliares de la justicia que correspondan, para el diagnóstico de interacción familiar previsto en el artículo 3º de la Ley Nro. 24.417, el Juez competente dispondrá:

a) De los servicios que presten las instituciones públicas especializadas y las instituciones que a esos efectos se inscriban en el pertinente registro.

b) Del cuerpo Interdisciplinario previsto en el artículo 6º de esta reglamentación.

El tratamiento que se indique podrá ser derivado a las instituciones públicas o privadas que se encuentren inscriptas en el registro que se crea en el artículo 9º del presente decreto, cuya coordinación y seguimiento de casos estará a cargo del Consejo Nacional del Menor y la Familia.

El Consejo nacional del Menor y la Familia deberá informar a los jueces cuáles son la instituciones donde se asegurará al agresor y/o su grupo familiar, asistencia médico-patológica gratuita.

Art. 9º — Registro de Equipos Interdisciplinarios. Convenios. El Consejo Nacional del Menor y la Familia llevará un Registro de Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G.) en el que podrán anotarse aquellas que estén en condiciones de aportar equipos interdisciplinarios para el diagnóstico y tratamiento de la violencia familiar. La prestación se regirá por convenios que se suscribirán con el Ministerio de Justicia y el Consejo nacional del Menor y la Familia, quienes determinarán las exigencias sobre integración del equipo profesional, alcance de su labor y eventual arancelamiento hacia terceros.

Art. 10 — Organismo de Evaluación. A

VIOLENCIA FAMILIAR

los fines indicados en el artículo precedente, el Consejo nacional del Menor y la Familia tendrá a su cargo la evaluación de servicios y programas existentes en instituciones privadas, sobre la base de los requisitos mínimos, que serán preestablecidos por ese organismo. Igual cometido cumplirá con relación a las instituciones públicas.

Art. 11 — Cuerpo Policial Especializado. El Ministerio del Interior dispondrá la formación de un Cuerpo Policial Especializado, debidamente capacitado, dentro de la Policía Federal, Argentina y con personal que revista en el propio organismo, para actuar en auxilio de los Jueces Nacionales de Primera Instancia en lo Civil con competencia en asuntos de Familia que así lo requieran. Este Cuerpo también prestará sus servicios a los particulares ante situaciones de violencia familiar. A requerimiento del juez competente, hará comparecer por la fuerza a quienes fueren citados por el magistrado y llevará a cabo las exclusiones de hogar y demás medidas que, por razones de seguridad personal, dispusieren los jueces.

Art. 12 — Utilización de los Cuerpos Especializados por los Jueces Penales. El Cuerpo Interdisciplinario previsto en el artículo 6º y el Cuerpo Policial Especializado que contempla el artículo 11 del presente decreto, estarán tam-

bién a disposición de los Jueces Penales que lo requirieran.

Art. 13 — Difusión de la finalidad de la Ley Nro. 24.417. El Ministerio de Justicia coordinará los programas que elaboren los distintos organismos, para desarrollar las campañas de prevención de la violencia familiar y difusión de las finalidades de la Ley Nro. 24.417.

Art. 14 — Recursos humanos. La atención de los servicios previstos en el artículo 1º y la Integración del Cuerpo Interdisciplinario contemplado en el artículo 6º de este decreto, será implementado con los recursos humanos y materiales existentes en la Administración Pública Nacional y Municipal. A estos fines se convocará al personal dependiente de dichas administraciones que reúna las aptitudes profesionales pertinentes y desee integrar los mencionados servicios, para lo cual se efectuarán las adscripciones correspondientes.

Art. 15 — Invitación a las Provincias. El Ministerio del Interior cursará invitaciones a las Provincias, a efectos de que éstas dicten normas de igual naturaleza a las previstas en la Ley Nro. 24.417 y en el presente Decreto.

Art. 16 — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.- Menem - Eduardo Bauzá - Rodolfo C. Barra.

ANEXO I

FORMULARIO PARA DENUNCIAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

Fecha: Juzgado:

I. Víctima

Nombre y Apellido: Documento de Identidad: Tipo:

Sexo: Edad: Domicilio:

Teléfono:

Ocupación: Ingresos:

Educación: 1) Primaria 2) Secundaria 3) Terciaria....

Composición grupo familiar:

Vínculo con el denunciado:

Vínculo con el denunciante:

Tipo de agresión:

Obra Social:

Cobertura Médica

"Nombre y Apellido del Abogado: To Eo

Denuncia Policial: Comisaría Nro. Fecha:

Denuncia Penal: . Juzgado: . Causa Nro. Fecha:

II. Denuncias anteriores

Fecha:

Comisaría Nro.: . juzgado:

Tipo de agresión:

Agresor:

Agredido:

Resultado:

III. Denunciado

Nombre y Apellido:
Documento de Identidad: Tipo: Edad:
Domicilio Particular:
Ocupación:
Domicilio de Trabajo:
Vínculo con el denunciante:
Vínculo con el agredido:

IV. Denunciante

1) Representante de Institución:
2) Funcionario:
Nombre y Apellido:
Documento de Identidad: Tipo:
Institución que representa: Cargo:
Domicilio: Teléfono:

V. Otros datos de interés

(Para ser completado por funcionario judicial)

Resultado de las actuaciones:
Fecha de conclusión de las actuaciones:
Tratamiento:
Nombre y Apellido del Informante:
Observaciones:
Lugar y Fecha:

Firma:
Aclaración:

LIBRO XVIII

**ABLACIÓN E IMPLANTACIÓN
DE ÓRGANOS
Y MATERIALES ANATÓMICOS**

Celminia Guzmán

En nuestro país las disposiciones legales relativas a la ablación e implantación de órganos y materiales anatómicos, se remontan al año 1977, en que fueron sancionados la *ley 21541* y el *decreto reglamentario 3011/77*, ulteriormente modificados por las *leyes 23464/86*, reglamentada por *decreto 397/89* y *23885/90*.

Dichas leyes fueron derogadas por la *ley 24193*, promulgada por *decreto 773/93* y reglamentada por *decreto 512/95*.

Con fines didácticos se hace referencia a las diferentes disposiciones legales contenidas en la *ley 24193*, de acuerdo al siguiente orden:

- *objeto de la ley 24193 e indicaciones medicas*
- *ente regulador*
- *concepto de trasplante*
- *concepto de muerte encefálica*
- *practicas medicas quirúrgicas de técnica corriente y órganos que pueden trasplantarse*
- *consentimiento informado*
- *disposiciones sobre donantes y receptores*
- *obligaciones de los médicos asistenciales*
- *prohibiciones*
- *sanciones*

A) OBJETO DE LA LEY 24193 E INDICACIONES MEDICAS

Se encuentran contemplados en los *art. 1° y 2°*, que establecen que la *ablación de órganos y material anatómico de personas vivas o cadáveres humanos*, para *implantación de los mismos en receptores humanos vivos*, sólo puede realizarse, cuando los *medios y recursos disponibles* se hayan agotado o sean *insuficientes o inconvenientes como alternativa terapéutica*, y que dichas prácticas deben ser consideradas como de *técnica corriente* y no experimental.

B) ENTE REGULADOR

La institución que implementa en el orden nacional el cumplimiento de las disposiciones sobre ablación e implante de órganos y materiales anatómicos, es el *INCUCAI* (Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Im-
plante), que funciona en el ámbito de la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social. Su conformación, funciones y atribuciones se encuentran estipuladas en los *art. 43 a 52* de la *ley 24193*.

C) CONCEPTO DE TRASPLANTE

Se denomina *trasplante* o *injerto* a la intervención quirúrgica por la cual se *inserta* en un *receptor vivo*, un tejido u órgano proveniente de un *donante cadavérico* o *vivo*, con el fin de que desarrolle en el receptor, *funciones semejantes* a las que cumplía el tejido u órgano suplantado.

Los injertos o trasplantes, pueden clasificarse en:

1- autoplásticos o autoinjertos

2- heteroplásticos

aloplásticos o heterólogos

homoplásticos u homólogos

– entre personas vivas

– de cadáveres a vivos

Desde nuestra perspectiva nos interesan los trasplantes homólogos.

D) CONCEPTO DE MUERTE ENCEFÁLICA

En el siglo XVIII el médico francés Xavier Bichat en la obra titulada: "*Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte*", definió a la muerte como: "*la detención funcional del sistema nervioso, de la circulación, de la respiración y de la temperatura corporal*".

En 1959 un grupo de investigadores de Lyon describió la muerte del sistema nervioso, cuadro caracterizado por: *apnea, ausencia de reflejos del tronco encefálico y cerebro eléctricamente silente*.

En el mismo año Mollaret y Goulon emplearon el término *coma dépassée* (sobrepasado), para referirse al estado clínico que asociaba "*un cerebro muerto a un cuerpo vivo*".

Comienzan así, a generarse las controversias éticas, médicas y legales sobre el estado considerado como de muerte real y los límites de la vida, temas en permanente discusión y revisión, a nivel internacional.

El 5 de agosto de 1968 la Asamblea Médica Mundial emitió la declaración de Sidney, que determinó un cambio radical en la definición de muerte. Ese mismo día en la Revista de la Asociación Médica Americana se publicó el Informe del Comité Ad-Hoc de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, con el título de: "*Definición de Coma Irreversible; Un Nuevo Criterio de Muerte*", surgiendo así el concepto de Muerte Encefálica como sinónimo de Muerte del Individuo, por ser ésta, la consecuencia de *lesiones estructurales difusas* que determinan el *cese irreversible de todas las funciones del encéfalo*, es decir, tanto de los hemisferios cerebrales como del tronco encefálico y cerebelo

El concepto de muerte encefálica excluye entidades nosológicas secuelas a *lesiones estructurales del encéfalo, de carácter parcial e irreversible* como:

- El estado vegetativo persistente (lesiones córtico-subcorticales bihemisféricas, que respetan el tronco encefálico), caracterizado por la presencia de graves alteraciones de la conciencia (ausencia de contenido y de respuestas adecuadas o intencionadas), con conservación de los ciclos de sueño-vigilia y de las funciones vegetativas. Dentro de esta entidad se incluyen cuadros como: el mutismo akinético (lesiones frontales bilaterales mediobasales, hi-

drocefalia subaguda, etc.), y el estado apático (lesiones bilaterales difusas del córtex).

- *El síndrome de cautiverio o enclaustramiento (locked in syndrome)*, consecuencia de lesiones del pie de la protuberancia que afectan en forma bilateral los haces piramidales y geniculados, dejando indemnes la formación reticular activadora ascendente y los hemisferios cerebrales, caracterizado por la presencia de: cuadriplejía, diplejía facial, parálisis labio glosa faríngea y de la mirada lateral con conservación de la conciencia y de los movimientos de apertura de los ojos y de verticalidad de la mirada.

En el momento actual y siguiendo estos criterios puede considerarse que la muerte cerebral desde el punto de vista:

- *Anatómico*: es la destrucción de todas las estructuras del encéfalo (hemisferios cerebrales, tronco encefálico y cerebelo), como consecuencia del cese de la circulación encefálica
- *Fisiopatológico*: equivale a decapitación funcional, por tratarse de un estado no funcional permanente del encéfalo (coma sobrepasado)
- *Evolutivo*: es la imposibilidad de sobrevivir somática sin la actitud intervencionista del hombre, pues esta situación sólo puede mantenerse transitoriamente (horas, días), merced a procedimientos médicos (respiración asistida, drogas cardiotónicas, etc.), destinados a conservar en condiciones de viabilidad aceptable los órganos y materiales anatómicos del fallecido, con fines de ablación e implante.

La determinación del momento del comienzo del proceso irreversible que culmina con la muerte real, mediante comprobaciones fehacientes, resulta fundamental para la disposición de los órganos y materiales anatómicos del cadáver.

En este sentido, el art. 23 de la ley 24193, establece que a los fines de la ablación, una persona se considera fallecida, cuando persisten en forma ininterrumpida y acumulativa, durante 6 horas como mínimo, los siguientes signos:

- *ausencia irreversible de respuesta cerebral con pérdida absoluta de la conciencia.*
- *ausencia de respiración espontánea*
- *ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas*
- *inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas*

El art. 24 estipula que en estos casos el fallecimiento debe ser suscripto por dos médicos, uno de ellos neurólogo o neurocirujano y que ninguno de ellos puede ser el médico tratante o asistente, ni integrar el equipo que habrá de realizar las ablaciones e implantes de los órganos del fallecido.

Asimismo, en su último párrafo, este art. determina que la hora del fallecimiento de una persona, es aquella en la que por primera vez se constataron los signos que permiten certificarlo (art. 23).

El 20 de marzo de 1998, mediante Resolución 34/98, la Secretaría de Programas de Salud aprobó el "Nuevo Protocolo de Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos".

Este protocolo constituye una guía de procedimientos y especificaciones para ser aplicada en personas presuntamente muertas cuyas funciones cardiorrespiratorias se encuentran artificialmente mantenidas por diferentes medidas terapéuticas en unidades de cuidados intensivos, e incluye cinco ítems fundamentales:

1) Requisitos de inclusión bajo criterios neurológicos: son una serie de condiciones, que de estar presentes, habilitan al médico autorizado a aplicar los procedimientos y acciones destinados a confirmar o descartar el diagnóstico de muerte encefálica:

- a) Que la causa que determina el coma y el daño neurológico estructural sea conocida, tenga magnitud suficiente y esté debidamente documentada
- b) Que el tiempo de evolución sea adecuado:
 - En personas portadoras de lesiones encefálicas primarias:
 - 3 hs. si tienen 6 o más años de edad
 - 6 hs si tienen menos de 6 años de edad, y,
 - En personas portadoras de daño encefálico difuso secundario:
 - 12 hs si tienen 6 o más años de edad
 - 24 hs si tienen menos de 6 años de edad
- c) Que no haya niveles tóxicos de drogas depresoras del SNC
- d) Que la persona no se encuentre bajo el efecto de drogas bloqueantes neuromusculares
- e) Que la temperatura rectal sea igual o mayor a 32° C
- f) Que no haya severos disturbios endócrinos o metabólicos
- g) Que la T.A sistólica sea igual o mayor a 90 mmHg y la media igual o mayor a 60 mmHg
- h) Que las personas no tengan menos de 7 días de vida o equivalente, según sean recién nacidos de término o pretérmino
- i) Que las personas no sean anencéfalas.

2) Examen neurológico compatible con diagnóstico de muerte encefálica:

- Coma profundo con ausencia de toda respuesta de origen encefálico ante cualquier tipo de estímulo
- Abolición de los reflejos del tronco encefálico:
 - pupilas intermedias o midriáticas arreactivas a la luz
 - ausencia de movimientos oculares espontáneos y reflejos
 - ausencia de sensibilidad, respuesta motora facial y mueca de dolor ante estímulos nociceptivos
 - abolición de los reflejos corneanos, mandibular, tusígeno, nauseoso y deglutorio
- Apnea definitiva: con ausencia de movimientos respiratorios espontáneos al efectuar la prueba de la apnea.

3) Repetición de 1 examen neurológico: debe arrojar los mismos resultados y hacerse con una diferencia horaria mínima adecuada a la edad de la persona: 6 hs si tiene 6 o más años de edad, 12 hs si tiene 1 a 6 años de edad, 24 hs si tiene 2 a 12 meses de edad, 48 hs entre los 7 y 60 días de edad (edad corregida en recién nacidos pretérmino).

4) Métodos instrumentales actuales de diagnóstico: destinados a certificar la inactividad encefálica conforme al art. 23 de la ley 24193:

a) Electrofisiológicos como:

- El electroencefalograma: el registro debe ser obtenido como mínimo con 8 electrodos situados a una distancia interelectródica mínima de 10 cm, con una impedancia mayor de 100 y menor de 100000 omhs, a fin de no distorsionar la señal ni disminuir artificialmente la amplitud

— *Los potenciales evocados multimodales: somatosensitivos, auditivos de tronco cerebral y visuales con electrorretinograma.*

Deben ser repetidos en menores de 6 años de edad o a cualquier edad, luego de cada evaluación, cuando no se cumple algún punto particular del examen neurológico o el resultado no es concluyente.

b) De estudio del flujo sanguíneo cerebral como:

- *la arteriografía de los cuatro vasos cerebrales*
- *el ecodoppler transcraneal,*
- *la angiografía cerebral radioisotópica.*

Se encuentran destinados a demostrar la *ausencia de circulación intracraneana* en los casos en que su realización se encuentra indicada. Cuando el resultado es *concluyente*, no se requiere la repetición del estudio.

E) PRÁCTICAS MÉDICAS QUIRÚRGICAS DE TÉCNICA CORRIENTE Y ÓRGANOS QUE PUEDEN TRASPLANTARSE

El Art. 2º del Anexo I del decreto reglamentario 512/95, establece que las siguientes prácticas médicas quirúrgicas deben ser consideradas como de *técnica corriente*:

ABLACION E IMPLANTACIÓN DE:

- corazón, vasos y estructuras valvulares*
- pulmón*
- hígado*
- páncreas*
- intestino*
- riñón y uréter*
- elementos del sistema osteoarticular*
- piel*
- globo ocular (uso de córnea y esclera)*
- oído medio y externo*
- duramadre*
- órganos dentarios erupcionados o no*
- elementos del SNP*
- médula ósea*

El art. 11 de dicho decreto, estipula que los *órganos y materiales anatómicos* que pueden *ablacionarse de personas vivas con fines de trasplante* son:

- *riñón y uréter*
- *elementos del sistema osteoarticular y piel*
- *órganos dentarios erupcionados y no erupcionados*
- *córnea*, cuando se encuentra en condiciones de ser injertada en otra persona y el ojo debió ser enucleado por presentar el donante un tumor o por otra causa.
- *médula ósea*
- *páncreas*, sólo se permite la resección parcial si el donante no está predispuesto a desarrollar diabetes y el receptor padece diabetes juvenil grave con posible evolución terminal a corto plazo.
- *hígado* (resección segmentaria)

F) CONSENTIMIENTO INFORMADO (ART. 13)

La ley establece que cada paciente, sea *dador o receptor*, así como su *grupo familiar*, deben ser *informados de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural*, sobre:

- los *riesgos* que conlleva la operación de *ablación e implante*
- las *secuelas físicas y psíquicas ciertas o posibles*
- la *evolución previsible*
- las *limitaciones resultantes*
- las *posibilidades de mejoría del receptor*.

Cuando el *receptor* o el *dador* es un *incapaz*, en el caso de *trasplante de médula ósea*, también debe *informarse lo previsto a su representante legal*.

El *lapso* comprendido entre la *recepción de la información* y el *procedimiento quirúrgico*, no puede ser *menor de 48 hs*.

G) DISPOSICIONES SOBRE DONANTES Y RECEPTORES

Los *órganos y materiales anatómicos ablacionados* con el fin de ser *implantados en personas vivas*, pueden provenir de *donantes vivos o cadavéricos*.

Deben considerarse dos situaciones:

1- las donaciones en vida entre personas relacionadas: la ley 24.193 determina en su art. 14, que la *ablación de materiales anatómicos en vida con fines de trasplante*, se permite *previo consentimiento informado*, cuando se estima que ello no puede causar un *grave perjuicio en la salud del dador* y existen *perspectivas de éxito* en lo que atañe a la *conservación de la vida o mejora de la salud del receptor*.

Los *condiciones requeridas* para poder efectuar dichos procedimientos se encuentran contempladas en el art. 15 de dicha ley:

- que el *donante* sea *persona capaz mayor de 18 años de edad*
- que el *receptor* sea:
 - *pariente consanguíneo o por adopción hasta el 4º grado*
 - *cónyuge o que mantenga con el dador una relación de tipo conyugal no menor de tres años si no tienen hijos y de 2 años si los tienen*
- que el *donante de médula ósea* sea *persona capaz mayor de 18 años de edad*, no existiendo *limitaciones de parentesco*, o si es *menor de 18 años*, previa *autorización de su representante legal*, que se encuentre *parentalmente vinculado con el receptor*.

2- La disposición de órganos y materiales anatómicos provenientes de cadáveres: en este sentido, pueden plantearse tres posibilidades:

a- Que haya una *disposición previa* (art. 19): *cualquier persona capaz mayor de 18 años puede autorizar para después de su muerte, en forma genérica o específica la ablación de órganos o materiales anatómicos de su propio cuerpo, para que sean implantados en personas vivas o con fines de estudio e investigación*.

Esta *autorización* es *revocable por el dador en cualquier momento*, pero no puede ser *revocada por ninguna persona después de su muerte*.

b- Que haya una *disposición tácita* (art. 62): se da cuando el *fallecido, perso-*

na capaz mayor de 18 años de edad, *no manifestó en vida su voluntad en forma negativa*, en cuyo caso se presume que ha conferido *tácitamente la autorización*, pudiendo disponerse la ablación de los órganos y materiales anatómicos, *salvo oposición de los familiares*.

c- *que no haya una disposición previa*: en cuyo caso, pueden plantearse dos circunstancias:

1- *que la muerte sea de causa natural (art. 21)*: en este caso, la autorización puede ser otorgada por las siguientes personas, siempre que se encuentren en el lugar del deceso y no presenten alteraciones de sus facultades mentales:

- *el cónyuge no divorciado o persona que haya convivido con el fallecido, en relación de tipo conyugal, no menor de tres años*
- *los hijos mayores de 18 años de edad*
- *los padres*
- *los hermanos mayores de 18 años de edad*
- *los nietos mayores de 18 años de edad*
- *los abuelos*
- *cualquier pariente consanguíneo hasta el 4º grado inclusive*
- *cualquier pariente por afinidad hasta el 2º grado inclusive*

La oposición de una persona ubicada en un mismo grado de parentesco, dentro del orden establecido por este art., *impide* la disposición de los órganos y tejidos cadavéricos.

En ausencia de las personas mencionadas se debe solicitar la autorización correspondiente al *Juez ordinario en lo Civil, con competencia territorial* en el lugar de la ablación, quién deberá expedirse *dentro de las 6 hs de producido el deceso*.

2- *que la muerte sea de causa violenta (art. 23)*: cuando surge en forma manifiesta e indubitable la causa de la muerte y no existe riesgo para el resultado de la autopsia, si no hay voluntad expresa de l fallecido y no se localizan los familiares referidos (art. 21), debe requerirse al juez de la causa, la autorización para efectuar la ablación de los órganos y materiales anatómicos que resulten aptos, quién deberá expedirse *dentro de las 6 hs de ocurrido el deceso*.

H) OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES

La ley establece que se debe:

- *denunciar al I.N.C.U.C.A.I:*
 - *los casos de enfermedades susceptibles de ser tratadas mediante implante (art. 8)*
 - *la nómina de pacientes hemodializados, sus condiciones y características semestralmente (art. 7)*
 - *los casos de muerte encefálica (art. 2)*
- v *solicitar el consentimiento informado del dador y el receptor para efectuar una ablación e implante entre personas vivas (art. 13 y 15).*

I) PROHIBICIONES (ART. 27)

La ley especifica que no pueden ser efectuadas las ablaciones:

- *cuando no se hayan cumplimentado los requisitos y previsiones señalados por la presente ley*

- en cadáveres de:
 - *personas que no hayan autorizado en vida su disposición, ya sea en forma genérica o específica (art. 19), o que no cuenten con la autorización de un pariente o en su ausencia del Juez ordinario en lo Civil (art. 21)*
 - *personas internadas en institutos neuropsiquiátricos*
 - *mujeres en edad gestacional, en los que no se haya descartado previamente la existencia de un embarazo*
- *por profesionales que hayan asistido o tratado al fallecido durante su última enfermedad, o hayan diagnosticado su muerte*
- *las contraprestaciones u obtención de beneficios en vida o después de la muerte por la dación de órganos o materiales anatómicos y la intermediación con fines de lucro*
- *la inducción o coacción al dador para que dé una respuesta afirmativa con respecto a la dación de órganos*
- *los anuncios o publicidad sobre las actividades enunciadas por la ley, sin autorización de la autoridad competente.*

J) SANCIONES

Pueden ser:

a) Penales: Se encuentran contempladas en los art. 28 a 34 de la presente ley:

- **Art. 28:** establece que *el que:*

- *dé u ofrezca beneficios directa o indirectamente, a un posible dador o a un tercero, para obtener órganos o materiales anatómicos*
 - *reciba o exija (por sí o por persona interpósita), para sí o para terceros beneficios, o acepte una promesa directa o indirecta para sí o para terceros, para obtener órganos o materiales anatómicos, sean o no propios*
 - *intermedie con fines de lucro, para obtener órganos o materiales anatómicos provenientes de personas o cadáveres*
- será penalizado con:
- *prisión de 6 meses a 5 años*
 - *más inhabilitación especial por 2 a 10 años si es un profesional del arte de curar o persona que ejerce una actividad de colaboración del arte de curar*

- **Art. 29:** reprime al que *extraiga indebidamente órganos o materiales anatómicos de cadáver con:*

- *prisión de 2 a 6 años*
- *más inhabilitación especial por 2 a 10 años (profesional del arte de curar o persona que ejerza actividad de colaboración)*

- **Art. 30:** penaliza al que *extrae órganos o materiales anatómicos de seres humanos vivos, sin que se hayan cumplido los requisitos exigidos por la ley (art. 15), con:*

- *prisión o reclusión de 4 años a perpetua*

- **Art. 31:** reprime al:

- *oficial público que no dé cumplimiento a las obligaciones impuestas por el art. 20 de la ley*

ABLACIÓN E IMPLANTACIÓN DE ÓRGANOS Y MATERIALES ANATÓMICOS

- *médico que no cumpla las obligaciones referidas en el art. 7*
- *funcionario que no cumpla lo dispuesto en el tercer párrafo de 1 art. 1 S*
con:

- *multa de á 500 a á 5000 y/o*
- *inhabilitación especial por 6 meses a 2 años*

- *Art. 32: reprime al médico que no cumpla con las obligaciones previstas en los art. 8 y 26, con*

- *multa de \$5000 a \$100000 e*
- *inhabilitación especial por 1 a 3 años, o de 5 años a perpetua en caso de reincidencia*

- *Art. 33: condena a abonar en concepto de multa el equivalente al doble del valor de lo percibido, a los que hayan recibido en retribución sumas de dinero por las acciones penadas.*

- *Art. 34: aumenta las penas respectivas:*

- *de un tercio a la mitad, a los funcionarios públicos vinculados al área de sanidad que ejecuten los actos penados por la ley*
- *en un tercio a los que realizan en forma habitual dichas conductas*

b) Administrativas: Se encuentran contempladas en los art. 35 a 42, que establecen que los establecimientos o servicios privados que incurran en las infracciones previstas por la ley, son pasibles de las siguientes sanciones:

- *apercibimiento*
- *multa de \$10.000 a \$1.000.000*
- *suspensión de la habilitación por un término de hasta 5 años*
- *clausura temporaria o definitiva, parcial o total*
- *suspensión o inhabilitación de los profesionales o equipos de profesionales por un lapso de hasta 5 años*
- *inhabilitación de hasta 5 años para el ejercicio del arte de curar a los profesionales que actúen sin poseer habilitación de la autoridad sanitaria, que puede llegar a ser definitiva en caso de extrema gravedad o reiteración*

LEY N° 24.193

Transplantes de órganos y materiales anatómicos

Disposiciones generales. De los profesionales. De los servicios y establecimientos. De la previa información médica a dadores y receptores. De los actos de disposición de órganos o materiales anatómicos provenientes de personas. De los actos de disposición de órganos o materiales anatómicos cadavéricos. De las prohibiciones. De las penalidades. De las sanciones y procedimientos administrativos. Del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). De las medidas preventivas y actividades de

inspección. Del procedimiento judicial especial. Disposiciones varias.

Sancionada: Marzo 24 de 1993.

Promulgada parcialmente: Abril 19 de 1993.

1 - Disposiciones generales

Artículo 1º.—La ablación de órganos y material anatómico para la implantación de los mismos de cadáveres humanos a seres humanos, y entre seres humanos, se rige por las disposiciones de esta ley en todo el territorio de la República.

Exceptuánse los tejidos y materiales anatómicos naturalmente renovables y separables del cuerpo humano.

Artículo 2º.—La ablación e implantación de órganos y materiales anatómicos podrán ser realizadas cuando los otros medios y recursos disponibles se hayan agotado, o sean insuficientes o inconvenientes como alternativa terapéutica de la salud del paciente. Estas prácticas se considerarán de técnica corriente y no experimental.

La reglamentación podrá incorporar otras que considere necesarias de acuerdo con el avance médico-científico.

II – De los profesionales

Artículo 3º.—Los actos médicos referidos a trasplantes contemplados en esta ley sólo podrán ser realizados por médicos o equipos médicos registrados y habilitados al efecto por ante la respectiva autoridad de contralor jurisdiccional. Esta exigirá, en todos los casos, como requisito para la referida inscripción, la acreditación suficiente, por parte del médico, de capacitación y experiencia en la especialidad. La autoridad de contralor jurisdiccional será responsable por los perjuicios que se deriven de la inscripción de personas que no hubieren cumplido con tales recaudos.

Artículo 4º.—Los equipos de profesionales médicos estarán a cargo de un jefe, a quien eventualmente reemplazará un subjefe, siendo sus integrantes solidariamente responsables del cumplimiento de esta ley.

Artículo 5º.—Las instituciones en las que desarrollen su actividad transplantológica los médicos o equipos médicos, serán responsables en cuanto a los alcances de este cuerpo legal.

Artículo 6º.—La autorización a jefes y subjefes de equipos y profesionales será otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional correspondiente, la cual deberá informar de la gestión a la autoridad sanitaria nacional a fin de mantener la integridad del sistema.

Artículo 7º.—Los médicos de instituciones públicas o privadas que realicen tratamientos de diálisis deberán informar semestralmente al Ministerio de Salud y Acción Social a través del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implanta (INCUCAI), la nómina de pacientes hemodializados, sus condiciones y características.

Artículo 8º.—Todo médico que diagnosticare a un paciente una enfermedad susceptible de ser tratada mediante un implante, deberá denunciar el hecho a la autoridad de contralor dentro del plazo que determine la reglamentación.

III – De los servicios y establecimientos

Artículo 9º.—Los actos médicos contemplados en esta ley sólo podrán ser realizados en el ámbito de establecimientos médicos registrados por ante la respectiva autoridad de contralor jurisdiccional. Esta exigirá, en todos los casos, como requisito para la referida inscripción, la acreditación suficiente por parte del establecimiento de que cuenta con la adecuada infraestructura física e instrumental, así como con el personal calificado necesario en la especialidad, y el número mínimo de médicos inscriptos en el registro que prescribe el artículo 3º, conforme lo determine la reglamentación. La autoridad de contralor jurisdiccional será solidariamente responsable por los perjuicios que se deriven de la inscripción de establecimientos que no hubieren cumplido con los expresados recaudos.

Artículo 10.—La inscripción a que se refiere el artículo 9º tendrá validez por períodos no mayores de dos (2) años. Su renovación sólo podrá efectuarse previa inspección del establecimiento por parte de la autoridad de contralor jurisdiccional, y acreditación por parte del mismo de seguir contando con los recaudos mencionados en el artículo anterior. Las sucesivas renovaciones tendrán validez por iguales períodos:

La autoridad de contralor jurisdiccional será solidariamente responsable por los perjuicios que se deriven de la renovación de inscripciones de establecimientos sin que se hubieran cumplido los requisitos de este artículo.

Artículo 11.—Los establecimientos inscriptos conforme a las disposiciones de los artículos 9º y 10 llevarán un registro de todos los actos médicos contemplados en la presente ley que se realicen en su ámbito. La reglamentación determinará los requisitos de ese registro.

Artículo 12.—Los servicios o establecimientos habilitados a los efectos de esta ley, no podrán efectuar modificaciones que disminuyan las condiciones de habilitación.

IV – De la previa información médica a dadores y receptores

Artículo 13.—Los jefes y subjefes de los equipos, como asimismo los profesionales a que se refiere el artículo 3º, deberán informar a cada paciente y su grupo familiar en el orden y condiciones que establece el art. 21, de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante —según sea el caso—, sus secuelas físicas y psíquicas, ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así

como las posibilidades de mejoría que, verosíblemente, puedan resultar para el receptor.

Luego de asegurarse de que el dador y el receptor hayan comprendido el significado de la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito de la decisión del dador y de la del receptor, así como de la opinión médica sobre los probables riesgos, secuelas, evolución, limitaciones y mejoría, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia documentada de acuerdo con la normativa a establecerse reglamentariamente.

De ser incapaz el receptor o el dador en el caso de trasplante de médula ósea, la información prevista en este artículo deberá ser dada, además, a su representante legal.

En los supuestos contemplados en el Título V, el lapso entre la recepción de la información y la operación respectiva no podrá ser inferior a cuarenta y ocho (48) horas.

V - De los actos de disposición de órganos o materiales anatómicos provenientes de personas

Artículo 14.—La extracción de órganos o materiales anatómicos en vida con fines de trasplante entre personas relacionadas conforme a las previsiones de los artículos 15 y concordantes de la presente ley, estará permitida sólo cuando se estime que razonablemente no causará un grave perjuicio a la salud del dador y existan perspectivas de éxito para conservar la vida o mejorar la salud del receptor. esta extracción siempre deberá practicarse previo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior.

La reglamentación establecerá los órganos y materiales anatómicos que podrán ser objeto de ablación, excepto los incluidos especialmente en esta ley.

Artículo 15.—Sólo estará permitida la ablación de órganos o materiales anatómicos en vida con fines de trasplante sobre una persona capaz mayor de dieciocho (18) años, quien podrá autorizarla únicamente en caso de que el receptor sea su pariente consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado, o su cónyuge, o una persona que, sin ser el cónyuge, conviva con el donante en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres (3) años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida. Este lapso se reducirá a dos (2) si de dicha relación hubieren nacido hijos.

En todos los casos será indispensable el dictamen favorable del equipo médico a que se refiere el artículo 3º.

De todo lo actuado se labrarán actas, por duplicado, un ejemplar de las cuales quedará archivado en el establecimiento, y el otro será remitido dentro de las setenta y dos (72) horas de efectuada la ablación a la autoridad de contralor. Ambos serán archivados por un lapso no menor de diez (10) años.

En los supuestos de implantación de médula ósea, cualquier persona capaz mayor de dieciocho (18) años podrá disponer ser dador sin las limitaciones de parentesco establecidas en el primer párrafo del presente artículo. Los menores de dieciocho (18) años—previa autorización de su representante legal—podrán ser dadores sólo cuando los vincule al receptor un parentesco de los mencionados en el citado precepto.

El consentimiento del dador o de su representante legal no puede ser sustituido ni complementado; puede ser revocado hasta el instante mismo de la intervención quirúrgica, mientras conserve capacidad para expresar su voluntad, ante cuya falta de ablación no será practicada.

La retractación del dador no genera obligación de ninguna clase.

Artículo 16.—En ningún caso los gastos vinculados con la ablación y/o el implante estarán a cargo del dador o de sus derechohabientes. Dichos gastos estarán a cargo de las entidades encargadas de la cobertura social o sanitaria del receptor, o de éste cuando no la tuviera.

Las entidades encargadas de la cobertura social o empresas privadas de medicina prepaga deberán notificar fehacientemente a sus beneficiarios si cubre o no sus gastos.

Artículo 17.—Las inasistencias en las que incurra el dador, con motivo de la ablación, a su trabajo y/o estudios, así como la situación sobreviviente a la misma, se regirán por las disposiciones que sobre protección de enfermedades y accidentes inculpables establezcan los ordenamientos legales, convenios colectivos o estatutos que rijan la actividad del dador, tomándose siempre en caso de duda aquella disposición que le sea más favorable.

Artículo 18.—Cuando por razones terapéuticas fuere imprescindible ablacionar a personas vivas órganos o materiales anatómicos que pudieren ser implantados en otra persona, se aplicarán las disposiciones que rigen para los órganos provenientes de cadáveres. La reglamentación determinará taxativamente los supuestos concretos a los que se refiere el presente párrafo.

Cuando se efectúe un trasplante cardiopulmonar en bloque proveniente de dador cadavérico, la autoridad de contralor podrá disponer del corazón del receptor para su asig-

nación en los términos previstos en la presente ley.

VI – De los actos de disposición de órganos o materiales anatómicos cadavéricos

Artículo 19.—Toda persona capaz mayor de dieciocho (18) años podrá autorizar para después de su muerte la ablación de órganos o materiales anatómicos de su propio cuerpo, para ser trasplantados en humanos vivos o con fines de estudio o investigación.

La autorización a que se refiere el presente artículo podrá especificar los órganos cuya ablación se autoriza o prohíbe, de un modo específico o genérico. De no existir esta especificación, se entenderán abarcados todos los órganos o tejidos anatómicos del potencial donante.

Asimismo podrá especificar con qué finalidad se autoriza la ablación. De no existir esa especificación, se entenderán abarcados exclusivamente los fines de implantación en humanos vivos y excluidos los de estudio e investigación científica.

esta autorización es revocable en cualquier momento por el dador; no podrá ser revocada por persona alguna después de su muerte.

Artículo 20.—Todo funcionario del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas estará obligado a recibir de las personas capaces mayores de dieciocho (18) años que concurren ante dicho organismo a realizar cualquier trámite, la manifestación de su voluntad positiva o negativa respecto del otorgamiento de la autorización a que se refiere el artículo anterior, o su negativa a expresar dicha voluntad. En todos los casos el requerimiento deberá ser respondido por el interesado.

Dicha manifestación será asentada en el Documento Nacional de Identidad del declarante y se procederá a comunicarla en forma inmediata al Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), dejando en todos los casos clara constancia de las limitaciones especificadas por el interesado.

La reglamentación establecerá otras formas y modalidades que faciliten la manifestación.

El Poder Ejecutivo realizará en forma permanente una adecuada campaña educativa e informativa a través de los medios de difusión masiva, tendiente a crear la conciencia solidaria de la población en esta materia.

Todo establecimiento asistencial público o privado obrará, a los efectos de este artículo, como delegación del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante

(INCUCAI) podrán registrar en el Documento Nacional de Identidad la voluntad del ciudadano debiendo comunicar dicha circunstancia dentro de los cinco (5) días al Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas.

Artículo 21.—En caso de muerte natural, ante la ausencia de voluntad expresa del fallecido, la autorización a que se refiere el artículo 19 podrá ser otorgada por las siguientes personas, en el orden que se las enumera, siempre que se encuentren en el lugar del deceso y estuvieren en pleno uso de sus facultades mentales:

a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, a la persona que, sin ser su cónyuge, convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres (3) años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida;

b) Cualquiera de los hijos mayores de dieciocho (18) años;

c) Cualquiera de los padres;

d) Cualquiera de los hermanos mayores de dieciocho (18) años;

e) Cualquiera de los nietos mayores de dieciocho (18) años;

f) Cualquiera de los abuelos;

g) Cualquier paciente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;

h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive.

Tratándose de personas ubicadas en un mismo grado dentro del orden que establece el presente artículo, la oposición de una sola de éstas eliminará la posibilidad de disponer del cadáver a los fines previstos en esta ley.

El vínculo familiar será acreditado, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas la documentación respectiva.

En ausencia de las personas mencionadas precedentemente, se solicitará autorización para practicar la ablación. Será competente el juez ordinario en lo Civil con competencia territorial en el lugar de la ablación, quien deberá expedirse dentro de las seis (6) horas de producido el deceso.

De todo lo actuado se labrará acta y se archivarán en el establecimiento las respectivas constancias, incluyendo una copia certificada del Documento Nacional de Identidad del fallecido. De todo ello se remitirán copias certificadas a la autoridad de contralor. Las certificaciones serán efectuadas por el director del establecimiento o quien lo reemplace. El incumplimiento de lo dispuesto en el presente párrafo hará pasible a los profesionales intervinientes de la sanción prevista en el artículo 29.

Artículo 22.—En caso de muerte violenta,

no existiendo voluntad expresa del causante y ante la ausencia de los familiares referidos en el artículo anterior, la autoridad competente adoptará los recaudos tendientes a ubicar a éstos a efectos de requerir su conformidad a los fines de la ablación.

En caso de que no se localizara a los mismos en el término de seis (6) horas de producido el fallecimiento, deberá requerirse del juez de la causa la autorización para ablacionar los órganos y materiales anatómicos que resultaren aptos, cuando surja de manera manifiesta e indubitable la causa de la muerte y no exista riesgo para el resultado de la autopsia.

Una vez constatados los requisitos legales, el juez deberá expedirse dentro de las seis (6) horas de producido el deceso.

El médico que con posterioridad realice la ablación deberá informar de inmediato y pormenorizadamente al juez la causa sobre las circunstancias del caso y sobre el estado del órgano o material ablacionado, conforme con lo que disponga la reglamentación y sin perjuicio de las obligaciones que, en su caso, deban cumplir los médicos forenses.

Artículo 23.—El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación adjunta:

- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia;
- b) Ausencia de respiración espontánea;
- c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;
- d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social con el asesoramiento del Instituto nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implanta (INCUCAI).

La certificación de los signos referidos en el inciso d) no será necesaria en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible.

Art. 24.—a los efectos del artículo anterior, la certificación del fallecimiento deberá ser suscripta por dos (2) personas, entre las que figurará por lo menos un neurólogo o neurorujano. Ninguno de ellos será el médico e integrará el equipo que realice ablaciones o implantes de órganos del fallecidos.

La hora del fallecimiento será aquella en que por primera vez se constataron los signos previstos en el artículo 23.

Artículo 25.—El establecimiento en cuyo ámbito se realice la ablación estará obligado a:

- a) Arbitrar todos los medios a su alcance en

orden a la restauración estética del cadáver, sin cargo alguno a los sucesores del fallecido;

- b) Realizar todas las operaciones autorizadas dentro del menor plazo posible, de haber solicitado los sucesores del fallecido la devolución del cadáver;

- c) Conferir en todo momento al cadáver del donante un trato digno y respetuoso.

Artículo 26.—Todo médico que mediante comprobaciones idóneas tomare conocimiento de la verificación en un paciente de los signos descriptos en el artículo 23, está obligado a denunciar el hecho al director o persona a cargo del establecimiento, y ambos deberá notificarlo en forma inmediata a la autoridad de contralor jurisdiccional o nacional, siendo solidariamente responsables por la omisión de dicha notificación.

VII - De las prohibiciones

Artículo 27.—Queda prohibida la realización de todo tipo de ablación cuando la misma pretenda practicarse:

- a) Sin que se haya dado cumplimiento a los requisitos y previsiones de la presente ley;
- b) Sobre el cadáver de quien no hubiere otorgado la autorización prevista en el artículo 19, y no existiera la establecida en el artículo 21;
- c) Sobre cadáveres de pacientes que hubieren estado internados en institutos neuropsiquiátricos;
- d) Sobre el cadáver de una mujer, en edad gestacional, sin que se hubiere verificado previamente la inexistencia de embarazo en curso;
- e) Por el profesional que haya atendido y tratado al fallecido durante su última enfermedad, y por los profesionales médicos que diagnosticaron su muerte.

Asimismo, quedan prohibidos:

- f) Toda contraprestación u otro beneficio por la dación de órganos o materiales anatómicos, en vida o para después de la muerte, y la intermediación con fines de lucro;

- g) La inducción o coacción al dador para dar una respuesta afirmativa respecto a la dación de órganos;

El consejo médico acerca de la utilidad de la dación de un órgano o tejido, no será considerado como una forma de inducción o coacción;

- h) Los anuncios o publicidad en relación con las actividades mencionadas en esta ley, sin previa autorización de la autoridad competente, conforme a lo que establezca la reglamentación.

VIII - De las penalidades

Artículo 28.—Será reprimido con prisión de seis (6) meses a cinco (5) años e inhabilitación especial de dos (2) a diez (10) años si el autor fuere un profesional del arte de curar o una persona que ejerza actividades de colaboración del arte de curar:

a) El que directa o indirectamente diere u ofreciere beneficios de contenido patrimonial o no, a un posible dador o a un tercero, para lograr la obtención de órganos o materiales anatómicos;

b) El que por sí o por interpósita persona recibiera o exigiera para él o para terceros cualquier beneficio de contenido patrimonial o no, o aceptare una promesa directa o indirecta para sí o para terceros, para lograr la obtención de órganos o materiales anatómicos, sean o no propios;

c) El que con propósito de lucro intermediara en la obtención de órganos o materiales anatómicos provenientes de personas o cadáveres.

Artículo 29.—Será reprimido con prisión de dos (2) a seis (6) años e inhabilitación especial de dos (2) a diez (10) años si el autor fuere un profesional del arte de curar o una persona que ejerza actividades de colaboración del arte de curar quien extrajera indebidamente órganos o materiales anatómicos de cadáveres.

Artículo 30.—Será reprimido con prisión o reclusión de cuatro (4) años a perpetua el que extrajere órganos o materiales anatómicos de humanos vivos, sin dar cumplimiento a los requisitos y formalidades exigidos en el artículo 15, con excepción de la obligación prevista en el tercer párrafo de dicho artículo que será sancionada con la pena establecida en el artículo siguiente.

Artículo 31.—Será reprimido con multa de quinientos a cinco mil pesos (\$ 500 a \$ 5.000) y/o inhabilitación especial de seis (6) meses a 2 (dos) años:

a) El oficial público que no diere cumplimiento a la obligación que impone el artículo 20;

b) El médico que no diere cumplimiento a la obligación que impone el artículo 7º;

c) Quien no diere cumplimiento a lo dispuesto en el tercer párrafo del artículo 15.

Artículo 32.—Será reprimido con multa de cinco mil a cien mil pesos (\$ 5.000 a \$ 100.000) e inhabilitación especial de uno (1) a tres (3) años el médico que no diere cumplimiento a las obligaciones previstas en el artículo 26, o a las del artículo 8º.

En caso de reincidencia, la inhabilitación será de cinco (5) años a perpetua.

Artículo 33.—Cuando se acreditase que los autores de las conductas penadas en le presen-

te Título han percibido sumas de dinero o bienes en retribución por tales acciones, serán condenados además a abonar en concepto de multa el equivalente al doble del valor de lo percibido.

Artículo 34.—Cuando los autores de las conductas penadas en el presente Título sean funcionarios públicos vinculados al área de sanidad, las penas respectivas se incrementarán de un tercio a la mitad.

Cuando las dichas conductas se realicen de manera habitual, las penas se incrementarán en un tercio.

IX - De las sanciones y procedimientos administrativos

Artículo 35.—Las infracciones de carácter administrativo a cualquiera de las actividades o normas que en este ordenamiento se regulan, en las que incurran establecimientos o servicios privados, serán pasibles de las siguientes sanciones graduables o acumulables, según la gravedad de cada caso:

a) Apercibimiento;

b) Multas de diez mil aun millón de pesos (\$ 10.000 a \$ 1.000.000);

c) Suspensión de la habilitación que se le hubiere acordado al servicio o establecimiento, por un término de hasta cinco (5) años;

d) Clausura temporaria o definitiva, parcial o total, del establecimiento en infracción;

e) Suspensión o inhabilitación de los profesionales o equipos de profesionales en el ejercicio de la actividad referida en el artículo 3º por un lapso de hasta cinco (5) años;

f) Inhabilitación de hasta cinco (5) años para el ejercicio de la profesión a los médicos y otros profesionales del arte de curar que practicaren cualquiera de los actos previstos en la presente ley, sin la habilitación de la autoridad sanitaria.

En caso de extrema gravedad o reiteración, la inhabilitación podrá ser definitiva.

Artículo 36.—Las sanciones previstas en el artículo anterior serán publicadas, en su texto íntegro y durante dos días seguidos, en dos diarios de circulación en el lugar donde se halle el establecimiento sancionado, a cuyo cargo estará la publicación, consignándose en la misma un detalle de su naturaleza y causos, y los nombres y domicilios de los infractores.

Artículo 37.—Las direcciones y administraciones de guías, diarios, canales de televisión, radioemisoras y demás medios que sirvan de publicidad de las actividades mencionadas en esta ley que les den curso sin la autorización correspondiente, serán pasibles de la pena de multa establecida en el artículo 35, inciso b).

Artículo 38.—Las sanciones establecidas en el artículo 35 prescribirán a los dos años y la prescripción quedará interrumpida por los actos administrativos o judiciales, o por la comisión de cualquier otra infracción.

Artículo 39.—Las infracciones de carácter administrativo a esta ley y sus reglamentos serán sancionados por la autoridad sanitaria jurisdiccional, previo sumario, con audiencia de prueba y defensa de los presuntos infractores. Las constancias del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción y en cuanto no sean enervadas por otras pruebas, podrán ser responsabilidad del imputado.

Artículo 40.—Contra las decisiones administrativas que la autoridad sanitaria dicte en virtud de esta ley y de sus disposiciones reglamentarias, podrán interponerse los recursos que en las normas procesales se contemplen o establezcan.

Artículo 41.—La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por mediación fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Artículo 42.—El producto de las multas que por esta ley aplique la autoridad sanitaria jurisdiccional, ingresará al Fondo Solidario de Transplantes.

X - Del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implanta (INCUCAI)

Artículo 43.—El Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implanta (INCUCAI), creado por ley 23.885, que funciona en el ámbito de la Secretaría de Salud dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, como entidad estatal de derecho público, con personería jurídica y autarquía institucional, financiera y administrativa, está facultado para ejecutar el ciento por ciento (100%) de los ingresos genuinos que perciba. Su fiscalización financiera y patrimonial estará a cargo de la Auditoría General de la Nación, y se realizará exclusivamente a través de las rendiciones de cuentas y estados contables que le serán elevados trimestralmente.

Artículo 44.—Serán funciones del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implanta (INCUCAI):

a) Estudiar y proponer a la autoridad sanitaria las normas técnicas a que deberá responder la ablación de los órganos y materiales anatómicos para la implantación de los mismos en seres humanos —provenientes de cadáveres humanos y entre seres humanos— y toda otra actividad incluida en la presente ley, así como todo método de tratamiento y selección previa

de pacientes que requieran trasplantes de órganos, y las técnicas aplicables a su contralor;

b) Dictar, con el asesoramiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), las normas para la habilitación de establecimientos en que se practiquen actos médicos comprendidos en la temática, autorización de profesionales que practiquen dichos actos, habilitación de bancos de órganos y de materiales anatómicos;

c) Fiscalizar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley y su reglamentación y demás normas complementarias, y colaborar en la ejecución de leyes afines a la temática, recomendando a los gobiernos provinciales adecuar su legislación y acción al cumplimiento de estos fines;

d) Intervenir los organismos jurisdiccionales que incurran en actos u omisiones que signifiquen el incumplimiento de lo establecido por la presente ley;

e) Dictar, con el asesoramiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), normas para la suspensión y/o revocación de una habilitación, cuando se verifique el incumplimiento de la condiciones y garantías de seguridad, eficacia y calidad de funcionamiento, el uso indebido u otras irregularidades que determine la reglamentación;

f) Coordinar con las respectivas jurisdicciones la realización de inspecciones destinadas a verificar que los establecimientos donde se realizan las actividades comprendidas en la presente ley, se ajusten a ésta y su reglamentación;

g) Proponer, con el asesoramiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), las normas para la intervención por parte de los organismos jurisdiccionales, hasta la resolución definitiva de la autoridad de aplicación o del juez competente, de los servicios o establecimientos en los que se presuma el ejercicio de actos u omisiones relacionados con el objeto de la presente ley con peligro para la salud o la vida de las personas;

h) Realizar actividades de docencia, capacitación y perfeccionamiento de los recursos humanos vinculados con la temática, como labor propia o a solicitud de organismos oficiales o privados, percibiendo los aranceles que a tal efecto fije la reglamentación de la presente ley;

i) Promover la investigación científica, mantener intercambio de información, y realizar publicaciones periódicas vinculadas con la temática del Instituto;

j) Evaluar publicaciones y documentaciones e intervenir en la autorización e investigaciones que se realicen con recursos propios dirigidas a la tipificación de donantes de órganos, desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos

en cirugía experimental, perfusión y conservación de órganos, e investigaciones farmacológicas tendientes a la experimentación y obtención de drogas inmunosupresoras;

k) Determinar al son apropiados los procedimientos inherentes al mantenimiento de potenciales dadores cadavéricos, diagnóstico de muerte, ablación, acondicionamiento y transporte de órganos, de acuerdo a las normas que reglan la materia;

l) Asistir a los organismos provinciales y municipales responsables del poder de policía sanitaria en lo que hace a la materia propia de las misiones y funciones del Instituto, a requerimiento de aquéllos, pudiendo realizar convenios con los mismos y con entidades públicas o privados con el fin de complementar su acción;

m) Proveer la información relativa a su temática al Ministerio de Salud y Acción Social, para su elaboración y publicación, con destino a los profesionales del arte de curar y las entidades de seguridad social;

n) Coordinar la distribución de órganos a nivel nacional, así como también la recepción y envío de los mismos a nivel internacional y las acciones que se llevan a cabo para el mantenimiento de un registro de receptores y donantes;

ñ) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizada la lista de espera de receptores potenciales de órganos y materiales anatómicos en el orden nacional, coordinando su acción con organismos regionales o provinciales de similar naturaleza;

o) Entender en las actividades dirigidas al mantenimiento de potenciales dadores cadavéricos y supervisar la correcta determinación del diagnóstico de muerte, ablación y acondicionamiento de órganos, coordinando su acción con organismos regionales y provinciales;

p) Efectuar las actividades inherentes al seguimiento de los pacientes trasplantados, con fines de control y estadísticos;

q) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizados los registros de dadores de órganos cadavéricos en el orden nacional;

r) Proponer normas y prestar asistencia técnica a los organismos pertinentes en la materia de esta ley;

s) Adquirir, construir, arrendar, administrar y enajenar bienes, aceptar herencias, legados y donaciones, estar en juicio como actor o demandarlo, contratar servicios, obras y suministros y en general realizar todos los actos que resulten necesarios para el cumplimiento de sus objetivos, con ajuste a las disposiciones vigentes;

414 t) Proponer a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), las modifica-

ciones o inclusiones que considere convenientes en su temática, proveyendo la información que le era solicitada por dicho ente;

u) Asistir técnica y financieramente, mediante subsidios, préstamos o subvenciones, a los tratamientos trasplantológicos que se realicen en establecimientos públicos nacionales, provinciales o municipales. Asimismo, promover y asistir directamente la creación y desarrollo de centros regionales y/o provinciales de ablación y/o implantes de órganos;

v) Celebrar convenios con entidades privadas para su participación en el sistema;

w) Asesorar al Poder Ejecutivo en todo lo concerniente a las campañas de difusión masiva y concientización de la población respecto de la problemática de los trasplantes;

x) Realizar toda acción necesaria para el cumplimiento de sus fines de conformidad con la presente ley y su reglamentación.

Artículo 45.—El Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implanta (INCUCAI) estará a cargo de un directorio integrado por un presidente, un vicepresidente y tres directores, designados por el Poder Ejecutivo de conformidad con las siguientes disposiciones:

a) El presidente y vicepresidente serán designados a propuesta de la Secretaría de Salud;

b) Un director será designado a propuesta del Consejo Federal de Salud (COFESA);

c) Un director será designado previo concurso abierto de títulos y antecedentes, cuya evaluación estará a cargo de la Secretaría de Salud;

d) Un director será designado de entre los que propusiere cada una de las Universidades Nacionales que tuviere Facultad de Medicina.

Los miembros del directorio durarán cuatro (4) años en sus funciones y podrán ser reelegidos por un período más. Tendrán dedicación de tiempo completo y no podrán participar patrimonialmente en ningún instituto vinculado con el objeto de esta ley.

Artículo 46.—Corresponde al directorio:

a) Dictar su reglamento interno;

b) Aprobar la estructura orgánico-funcional del Instituto, el presupuesto anual de gastos, cálculo de recursos y cuentas de inversiones, y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio.

En el presupuesto de gastos no se podrá destinar más de un diez por ciento (10%) para gastos de administración;

c) Asignar los recursos del Fondo Solidario de Trasplantes, dictando las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones;

d) Fijar las retribuciones de los miembros

del directorio: designar, promover, sancionar y remover al personal del Instituto, y fijar sus salarios, estimulando la dedicación exclusiva;

e) Efectuar contrataciones de personal para la realización de labores extraordinarias o especiales que no puedan ser realizadas con sus recursos de planta permanente, fijando las condiciones de trabajo y su retribución;

f) Delegar funciones en el presidente, por tiempo indeterminado.

Artículo 47.—Corresponde al presidente:

a) Representar al Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) en todos sus actos;

b) Convocar y presidir las reuniones de directorio, en las que tendrá voz y voto, el que prevalecerá en caso de empate;

c) Invitar a participar, con voz pero sin voto, a representantes de sectores interesados cuando se traten temas específicos de su área de acción;

d) Convocar y presidir las reuniones del Consejo Asesor;

e) Adoptar todas las medidas que, siendo de competencia del directorio, no admitan dilación, sometiéndolas a consideración del mismo en la primera sesión;

f) Delegar funciones en otros miembros del directorio, con el acuerdo de éste;

g) Cumplir y hacer cumplir las resoluciones del directorio.

Artículo 48.—En el ámbito del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) funcionarán dos Consejos Asesores, de carácter honorario, que se conformarán según lo determine la reglamentación de la presente ley: a) un consejo asesor de pacientes integrado por pacientes pertenecientes a las organizaciones que representan a personas trasplantadas y en espera de ser trasplantadas; b) un consejo asesor integrado por representantes de sociedades y asociaciones científicas, las universidades, otros centros de estudios e investigación y otros organismos regionales o provinciales de naturaleza similar a este Instituto, y un representante de cada región sanitaria de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud y Acción Social al respecto, incluyendo a la provincia de La Pampa dentro de la Región Patagónica, y un representante de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Artículo 49.—Créase el Fondo Solidario de Trasplantes, el que se integrará con los siguientes recursos:

a) La contribución del Estado Nacional, mediante los créditos que le asigne el presupuesto de la Nación;

b) El producto de las multas provenientes

de la aplicación de las sanciones administrativas y penales previstas en la presente ley;

c) El fondo acumulativo que surja de acreditar:

1) El producido del tributo que resulte de aplicar una alícuota del uno y medio por ciento (1,5%) sobre la primera venta que efectúen los fabricantes o importadores de los siguientes productos, que se detallan en el Anexo I que a todo efecto forma parte integrante de la presente ley:

I – Materiales para hemodiálisis y diálisis peritoneal;

II – Productos terapéuticos vinculados con el tratamiento de las complicaciones inmunológicas;

III – Productos vinculados con el tratamiento inmunológico, con estudios de histocompatibilidad y relacionados con la temática.

Este impuesto se determinará y abonará por períodos mensuales, y se regirá por las disposiciones tributarias vigentes y su aplicación, percepción y fiscalización estarán a cargo de la Dirección General Impositiva.

2) El producto del tributo que resulte de aplicar una alícuota del uno y medio por ciento (1,5%) sobre las prestaciones de alta complejidad relacionadas con los trasplantes de acuerdo con el criterio del Protocolo de Determinaciones Básicas del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), a saber:

I – Histocompatibilidad (HLA);

II – Crossmatch (contra panel y donante-receptor);

III – Serología para determinar: HIV (SIDA), ELISA, Western Biot; HbsAg (hepatitis B); CMV (citomegalovirus); reacciones para Chagas; determinación de hepatitis C; VDRL (sífilis); toxoplasmosis; brucelosis.

Deberá ser percibido por las entidades prestatarias y las sumas deberán ser ingresadas a la Dirección General Impositiva en las fechas y oportunidades que ella establezca.

3) El aporte de solidaridad comunitaria equivalente a un peso (\$1) por cada tarjeta de crédito y/o compra nacional o internacional, y que deberá tributarse en oportunidad de reducirse los siguientes hechos:

I – Emisión de la tarjeta;

II – Por el transcurso de uno o más períodos anuales de su vigencia, en cuyo caso la contribución deberá cumplimentarse en oportunidad de operar el término de cada año contado desde la fecha de emisión.

Deberá ser percibido por las entidades emisoras e ingresado a la Dirección General Impositiva, en la oportunidad y forma que ella establezca.

4) El producido de la venta de bienes en

desuso, los de su propia producción, las publicaciones que realice, intereses, rentas u otros frutos de los bienes que administra.

5) Los legados, herencias, donaciones, aportes del Estado Nacional o de las provincias, de entidades oficiales, particulares o de terceros, según las modalidades que establezca la reglamentación, con destino a solventar su funcionamiento.

6) Las transferencias de los saldos del fondo acumulativo y de los de su presupuesto anual asignado, no utilizados en el ejercicio.

Los importes provenientes de la aplicación de lo dispuesto por el inciso c), apartados 1), 2) y 3), deberán ser depositados por la Dirección General Impositiva, dentro de los veinte (20) días corridos de percibidos, en una cuenta especial a la orden del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

Artículo 50.—Los tributos que se crean por el artículo anterior se encuentran comprendidos en la excepción prevista en el inciso d) del artículo 2º de la ley 23.548, conforme lo acordado entre la nación y las provincias.

Los impuestos y la contribución solidaria que se establecen por el citado artículo regirán por un período de dos (2) años más por el Poder Ejecutivo.

Fenecido este plazo, las partidas aludidas pasarán a integrar el presupuesto general, como partida específica del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

Artículo 51.—Los recursos del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) serán depositados en una cuenta especial a su orden creada a estos efectos y destinados prioritariamente para asistir al desarrollo de los servicios que se realicen para tratamiento trasplantológico en establecimientos públicos nacionales, provinciales o municipales, con el objeto de asistir a pacientes carenciados sin cobertura social, como así también a fomentar la procuración de órganos y materiales anatómicos necesarios a los fines de esta ley.

Las autoridades sanitarias jurisdiccionales deberán disponer la creación de servicios de trasplantes de órganos en instituciones públicas de adecuada complejidad en sus respectivas áreas programáticas.

Los recursos provenientes de la reanudación de los tributos y la contribución solidaria establecidos en el artículo 50, y del producido de las multas de carácter administrativo, serán distribuidos entre las jurisdicciones dentro de los diez (10) días de acreditados y con aplicación a un fin específico, en la proporción que establezca la Secretaría de Salud de la Nación,

previa consulta con el Consejo Federal de Salud (COFESA), y depositados en la cuenta especial que al efecto creen las jurisdicciones a la orden de los respectivos organismos jurisdiccionales.

Artículo 52.—Los cargos técnicos del personal del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) serán cubiertos previo concurso abierto de títulos y antecedentes.

XI - De las medidas preventivas y actividades de inspección

Artículo 53.—La autoridad sanitaria jurisdiccional está autorizada para verificar el cumplimiento de esta ley y sus disposiciones reglamentarias, mediante inspecciones y pedidos de informes. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a los establecimientos o servicios, habilitados o no, en que se ejerzan o se presuma el ejercicio de las actividades previstas por esta ley, podrán proceder al secuestro de elementos probatorios y disponer la intervención provisoria de los servicios o establecimientos.

Artículo 54.—Sin perjuicio de la sanción que en definitiva corresponde de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 35, la autoridad sanitaria jurisdiccional podrá adoptar las siguientes medidas preventivas:

a) Si se incurriera en actos u omisiones que constituyeran un daño o peligro para la salud de las personas se procederá a la clausura total o parcial de los establecimientos o servicios que los mismos ocurrieran, o a ordenar suspender los actos médicos a que se refiere esta ley. Dichas medidas no podrán tener una duración mayor de ciento ochenta (180) días.

b) Clausurar los servicios o establecimientos que funcionen sin la correspondiente autorización.

c) Suspensión de la publicidad en infracción.

Artículo 55.—A los efectos de lo dispuesto en los artículos 53 y 54 de la presente ley, la autoridad sanitaria jurisdiccional podrá requerir en caso necesario auxilio de la fuerza pública, y solicitar órdenes de allanamiento de los tribunales federales o provinciales competentes.

XII - Del procedimiento judicial especial

Artículo 56.—Toda acción civil tendiente a obtener una resolución judicial respecto de cuestiones extrapatrimoniales relativas a la ablación e implante de órganos o materiales anatómicos será de competencia de los tribunales federales o provinciales en lo civil del domicilio del

actor. En el orden federal se sustanciará por el siguiente procedimiento especial:

a) La demanda deberá estar firmada por el actor y se acompañarán todos los elementos probatorios tendientes a acreditar la legitimidad del pedido. No será adecuado ningún tipo de representación por terceros y la comparencia del actor será siempre personal, sin perjuicio del patrocinio letrado.

b) Recibida la demanda, el Juez convocará a una audiencia personal, la que se celebrará en un plazo no mayor de tres días a contar de la presentación de aquélla.

c) La audiencia será tomada personalmente por el Juez y en ella deberán estar presentes el actor, el Agente Fiscal, el Asesor de Menores en su caso, un perito médico, un perito psiquiatra y un asistente social, los que serán designados previamente por el Juez. Se podrá disponer además la presencia de otros peritos, asesores o especialistas que el Juez estime conveniente. La inobservancia de estos requisitos esenciales producirá la nulidad de la audiencia.

d) Del desarrollo de la audiencia se labrará un acta circunstanciada, y en su transcurso el Juez, los peritos, el Agente Fiscal, y el Asesor de Menores en su caso, podrán formular todo tipo de preguntas a requerir las aclaraciones del actor que consideren oportunas y necesarias.

e) Los peritos elevarán su informe al Juez en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la audiencia, y éste podrá además, en el mismo plazo, recabar todo tipo de información complementaria que estime conveniente.

f) De todo lo actuado se correrá vista, en forma consecutiva, al Agente Fiscal y al Asesor de Menores, en su caso, quienes deberán elevar su dictamen, en el plazo de veinticuatro (24) horas.

g) El Juez dictará sentencia dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al trámite procesal del inciso anterior.

h) En caso de extrema urgencia, debidamente acreditada, el Juez podrá establecer por resolución fundada plazos menores a los contemplados en el presente artículo, habilitando días y horas inhábiles.

i) La inobservancia de las formalidades y requisitos establecidos en el presente artículo producirá la nulidad de todo lo actuado.

j) La resolución que recaiga será apelable en relación, con efecto suspensivo. La apelación deberá interponerse de manera fundada en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas, y el Juez elevará la causa al superior en el término de veinticuatro (24) horas de recibida la misma. El tribunal resolverá el recurso en el plazo de tres (3) días.

El Agente Fiscal sólo podrá apelar cuando

hubiere dictaminado en sentido contrario a la resolución del Juez.

k) Este trámite estará exento del pago de sellados, tasas, impuestos o derechos de cualquier naturaleza.

Artículo 57.—El incumplimiento del Juez, del Agente Fiscal o del Asesor de Menores, en su caso, a las obligaciones establecidas en el artículo anterior, se considerará falta grave y mal desempeño de sus funciones.

Artículo 58.—Invítase a los gobiernos provinciales a sancionar en sus respectivas jurisdicciones normas similares a las de este capítulo.

XIII - Disposiciones varias

Artículo 59.—El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los sesenta (60) días de su promulgación.

Hasta tanto, mantendrán su vigencia los decretos 3011/77, 2437/91 y 928/92 y demás normas reglamentarias, en todo lo que no se oponga a la presente ley.

Artículo 60.—La Corte Suprema de Justicia de la Nación dictará la reglamentación que establezca los recaudos para la realización de ablaciones de córneas de los cadáveres depositados en el Morgue Judicial de acuerdo a los lineamientos y principios de la presente ley.

Invítase a las provincias a dictar en sus respectivas jurisdicciones normas similares a la del presente artículo

Artículo 61.—El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) ejercerá las funciones y facultades que por esta ley se asignan a las autoridades de contratos jurisdiccionales en aquellas jurisdicciones en las que no se encuentren en funcionamiento organismos de similar naturaleza hasta tanto los mismos sean creados y alcancen condiciones efectivas de operatividad, o hasta que las respectivas autoridades sanitarias jurisdiccionales indiquen el organismo que ha de hacerse cargo de dichas funciones.

Artículo 62.—A partir del 1º de enero de 1996 se presumirá que toda persona capaz mayor de dieciocho (18) años que no hubiere manifestado su voluntad en forma negativa en los términos del artículo 20 ha conferido tácitamente la autorización a que se refiere el artículo 19. Los familiares enumerados en el artículo 21 podrán oponerse a la ablación en los términos y condiciones de la citada norma.

Para que lo dispuesto precedentemente entre en vigencia, el Poder Ejecutivo deberá haber llevado a cabo en forma permanente una intensa campaña de educación y difusión a efectos de informar y concientizar a la población

sobre los alcances del régimen a que se refiere el párrafo anterior, y deberá existir constancia de que —por los mecanismos previstos en el artículo 20— no menos de setenta por ciento (70%) de los ciudadanos mayores de 18 años ha sido consultado.

Artículo 63.—Deróganse las Leyes 21.541 y sus modificatorias 23.464 y 23.885.

Artículo 64.—comuníquese al Poder Ejecutivo. — Alberto Pierri — Eduardo Menem — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo — Edgardo Muzzi.

DECRETO 512/95

Trasplantes de órganos y material anatómico humano

Apruébase la Reglamentación de la Ley 24.193

Bs. As. 10/4/95

VISTO la Ley Nro. 24.193 de Trasplante de órganos y material anatómico humano y,

CONSIDERANDO:

Que el Ministerio de Salud y Acción Social, por intermedio de los Organismos Técnicos de su SECRETARÍA DE SALUD y con participación de los entes representativos de la actividad trasplantológica ha proyectado la correspondiente reglamentación.

Que la presente medida se dicta de conformidad con las atribuciones conferidas por el Artículo 99, Inciso 2º y por la Disposición Transitoria *duodécima* de la Constitución Nacional.

Por ello,

EL PRESIDENTE

DE LA NACION ARGENTINA: DECRETA:

Artículo 1º. Apruébase el cuerpo de disposiciones que constituye la Reglamentación de la Ley 24.193 que como Anexo 1 forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2º. Facúltase a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, para dictar las normas complementarias y aclaratorias de la normativa reglamentaria que se aprueba.

Artículo 3º. Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. Menem. Alberto J. Mazza.

ANEXO I

Artículo 1º. El Poder de Policía Sanitaria referido a la ablación de órganos y materiales anatómicos para la implantación de los mismos de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos se hará efectivo por las autoridades sanitarias jurisdiccionales sin perjuicio de las competencias acordadas al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante por el Artículo 44 de la Ley 24.193. La excepción del artículo 1º, 2do párrafo, no corresponde a la médula ósea.

Artículo 2º. Serán consideradas como de

técnica corriente las siguientes prácticas médicas quirúrgicas:

- 1) Ablación e Implantación de corazón, vasos y estructuras valvulares.
- 2) Ablación e Implantación de pulmón.
- 3) Ablación e Implantación de hígado.
- 4) Ablación e Implantación de páncreas.
- 5) Ablación e Implantación de Intestino.
- 6) Ablación e Implantación de riñón y uréter.
- 7) Ablación e Implantación de elementos del sistema osteoarticular.
- 8) Ablación e Implantación de piel.
- 9) Ablación del globo ocular para la implantación de córneas y esclera.
- 10) Ablación e Implantación de tejidos constitutivos del oído medio y externo.
- 11) Ablación e Implantación de duramadre.
- 12) Ablación e Implantación de órganos dentarios erupcionados y no erupcionados.
- 13) Ablación e Implantación de elementos del sistema nervioso periférico.
- 14) Ablación e Implantación de médula ósea.

Para iniciar una nueva práctica experimental en nuestro país, se deberá solicitar autorización previa a la autoridad sanitaria nacional suministrando los siguientes elementos, todo ello en concordancia con los demás recaudos exigidos por la Ley:

- a) Objetivo del procedimiento.
- b) Técnica médico quirúrgica.
- c) Resultados esperados.
- d) Idoneidad y capacitación del equipo médico quirúrgico.
- e) Antecedentes clínicos y estado actual del paciente.

Para que una nueva práctica experimental de las citadas anteriormente sea incorporada como de técnica corriente a los fines del artículo 2º, el profesional médico o jefe de equipo interviniente someterá a consideración de la Autoridad Sanitaria Nacional la siguiente documentación:

- I) Resultados obtenidos
- II) Evolución, secuelas y complicaciones observadas en los pacientes sometidos a la citada práctica experimental.
- III) Estadísticas actualizadas que muestren

positividad de los resultados en los parientes tratados con el procedimiento propuesto.

IV) Información estadística de la labor cumplida.

La Autoridad Sanitaria Nacional podrá proponer la incorporación de prácticas médico-quirúrgicas de ablación e implantación cuando su viabilidad en los seres humanos se acredite fehacientemente.

Artículo 3° - La capacitación y experiencia en la especialidad se acreditarán mediante el título de especialista y curriculum correspondientes.

Los profesionales médicos de un equipo podrán ser integrantes de otros equipos, debiendo en todos los casos solicitar la autorización correspondiente ante la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional para integrar cada equipo.

Los profesionales que realicen los actos médicos referidos a trasplantes contemplados en la Ley 24.193, en forma individual o como Jefes de un equipo médico, deberán poseer la especialización que en cada caso se indica a continuación:

1.- Para la ablación e implante de corazón, vasos y estructuras valvulares: Médicos cirujanos cardiovasculares o cardiólogos.

2.- Para la ablación e implante de pulmón: Médicos cirujanos torácicos o médicos cirujanos cardiovasculares o neumonólogos.

3.- Para la ablación e implante de hígado, páncreas e intestino: Médicos cirujanos o gastroenterólogos.

4.- Para la ablación e implante de riñón o uréter: Médicos nefrólogos o médicos cirujanos.

5.- Para la ablación e implante de elementos del sistema osteoarticular: Médicos cirujanos especialistas en ortopedia y traumatología.

6.- Para la ablación e implante de piel: Médicos cirujanos especializados en cirugía plástica.

7.- Para la ablación e implante de córnea y demás tejidos constitutivos del ojo: Médicos oftalmólogos.

8.- Para la ablación e implante de tejidos constitutivos del oído medio y externo: Médicos cirujanos otorrinolaringólogos.

9.- Para la ablación e implante de duramadre: Médicos correspondientes a la especialidad en que será utilizada la duramadre.

10.- Para la ablación e implante de órganos dentarios erupcionados y no erupcionados: Odontólogos o médicos cirujanos máxilo-faciales.

11.- Para la ablación e implante de elementos del sistema nervioso periférico: Médicos neurocirujanos o médicos especializados en ortopedia y traumatología o médicos especializados en cirugía plástica.

12.- Para la ablación e implante de médula ósea: Médico hematólogo.

la ósea: Médico hematólogo.

Artículo 4° - Serán obligaciones del Jefe de equipo:

a) Cumplir en tiempo y forma con las disposiciones relacionadas con los registros médicos y estadísticas ordenadas en la presente reglamentación.

b) Coordinar las acciones de los integrantes del equipo a su cargo, a los fines del estricto cumplimiento de esta Ley.

c) Informar de inmediato a la Autoridad Sanitaria Nacional cualquier modificación a introducir en la constitución de su equipo.

d) Cumplir y hacer cumplir todas las normas y disposiciones de carácter administrativo emanadas del Director del establecimiento asistencial en el cual realicen las prácticas médico-quirúrgicas.

e) Cumplir y hacer cumplir todas las normas y disposiciones vinculadas con lo específico de la Ley N° 24.193.

f) Proponer las modificaciones de su equipo en el momento que lo considere oportuno.

Las obligaciones previstas en los incisos a), d) y e) del presente artículo deberán ser observadas por los profesionales que realicen prácticas médico-quirúrgicas que no requieran la intervención de un equipo.

Artículo 5° - Sin reglamentar.

Artículo 6° - El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante llevará un registro actualizado de los equipos y profesionales médicos autorizados por las autoridades sanitarias jurisdiccionales.

Artículo 7° - El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante llevará un registro actualizado de la nómina de pacientes hemodializados, sus condiciones y características, debiendo asegurar el profesional que los pacientes reciban por parte de algún médico o equipo de trasplante habilitado a los fines de la Ley 24.193 Información calificada, objetiva y precoz acerca de la viabilidad de un trasplante. Las entidades de la Seguridad Social de cualquier carácter que brinden cobertura asistencial a parientes sometidos a tratamientos sustitutivos de la función renal deberán exigir como condición para dicha cobertura la constancia de haber efectivizado el profesional tratante la denuncia prescripta en el presente artículo.

Artículo 8° - La información a que se refiere el Artículo 8° de la Ley 24.193 deberá efectivizarse en el plazo de treinta (30) días de diagnosticada la enfermedad. A los efectos de dicho artículo, la enfermedad susceptible de ser tratada por un implante debe interpretarse como aquella que por su momento evolutivo permite la incorporación del paciente en lista de espera, la que debería efectuarse en el plazo de

treinta (30) días desde su diagnóstico fehaciente.

Artículo 9° - A los efectos de la inscripción en el registro de establecimientos habilitados para la realización de los actos médicos, referidos a trasplantes contemplados en la Ley 24.193, se exigirá la infraestructura física e instrumental mínima que se indica en cada caso:

a) Para la ablación e implante de corazón, vasos y estructuras valvulares, pulmón, hígado, páncreas, intestino y riñón:

I) Dos (2) quirófanos de uso simultáneo y contiguos.

II) Instrumental quirúrgico adecuado y suficiente de ablación e implante simultáneo.

III) Contar dentro del servicio o establecimiento con:

Servicio permanente de laboratorio de análisis de rutina de la especialidad, de radiología, de diagnóstico por imágenes, de hemoterapia con banco de sangre, de terapia intensiva con posibilidad de aislamiento individual y radiología dentro del ámbito del mismo servicio de terapia intensiva, guardia médica activa y permanente.

IV) Contar con quirófano provisto de Equipo de monitoreo, cardioversión y estimulación electro cardíaca y perfusión vascular.

b) Para la ablación e implante de corazón, vasos y estructuras valvulares y pulmón, además de la infraestructura y equipo señalados con anterioridad se debe contar con:

I) Servicio de cirugía especializado de funcionamiento regular y continuo, con equipo de circulación extracorpórea y servicio de hemodinamia, todo dentro del ámbito del establecimiento.

II) Equipo de asistencia respiratoria ciclado a presión y equipo similar ciclado a volumen (exclusivamente para pulmón)

c) Para la ablación e implante de hígado, páncreas e intestino, además de la infraestructura y equipo señalados en el inciso a) apartado I, deberá contar con:

I) Servicio de cirugía general de uso regular y continuo.

II) Equipo radiográfico o radioscóptico con intensificador de imágenes para uso intraoperatorio.

d) Para la ablación e implante de riñón además de la infraestructura y equipo señalados en el inciso a) apartado I, deberá contar con:

I) Servicio de cirugía regular continuo

II) Equipo de diálisis peritoneal y extracorpórea.

e) Para la ablación e implante de elementos del sistema osteoarticular: piel, oído externo y medio, córnea y demás elementos constitutivos del ojo y elementos del sistema nervioso periférico:

I) Quirófano

II) Instrumental suficiente y adecuado a la especialidad.

f) Para la ablación e implante de elementos del sistema osteoarticular, córnea y demás tejidos constitutivos del ojo, oído externo y medio y del sistema nervioso periférico, además de la infraestructura y equipo señalado en el inciso e) se deberá contar con:

I) Equipo radiográfico o radioscóptico con intensificador de imágenes para uso intraoperatorio (exclusivamente para el sistema osteoarticular).

II) Microscopio binocular para uso intraoperatorio exclusivamente para la implantación de córneas, elementos constitutivos del oído y del sistema nervioso periférico. Además para realizar en córnea, tejidos constitutivos del ojo, exámenes prequirúrgicos de viabilidad.

g) Para la ablación e implante de duramadre:

I) Ablación: Instrumental necesario y adecuado para su realización.

II) Implante: Equipo necesario a la especialidad en que se utilizará la duramadre.

h) Para la ablación e implante de órganos dentarios erupcionados y no erupcionados:

I) Un consultorio odontológico.

II) Instrumental necesario para realizar cirugía dentomaxilar.

Sin perjuicio de lo expuesto podrán realizarse implantaciones de órganos y/o materiales anatómicos por equipos médicos o profesionales médicos autorizados en establecimientos asistenciales no autorizados cuando razones de distancia, traslados y otras circunstancias no permitan el traslado del receptor o del dados a un servicio o establecimiento autorizado, debiendo dicho establecimiento contar con el equipamiento o infraestructura mínima que para cada práctica médico-quirúrgica se señala en los incisos anteriores. A tal fin será necesario el dictamen médico que documente los impedimentos o circunstancias que imposibiliten el traslado del receptor o dador.

La Autoridad Sanitaria Jurisdiccional a los fines de la autorización y cuando lo estime necesario, podrá requerir otras exigencias al equipo o infraestructura mínima a los efectos de su resolución.

La solicitud y toda la documentación que se acompañe deberá ser presentada conforme al formulario que establezca la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional, suscripta por el Director del Establecimiento o servicio.

Los Establecimientos ya habilitados que no reúnan los requisitos previstos en el primer párrafo de este artículo deberán adecuar su infraestructura, equipamiento y personal a las exi-

gencias de complejidad asistencial establecidos en el plazo de trescientos sesenta (360) días a partir de la vigencia de la presente reglamentación.

Artículo 10 - Sin reglamentar.

Artículo 11.

a) Los servicios o establecimientos asistenciales públicos o privados, habilitados a los fines de la Ley N° 24.193, llevarán los siguientes registros foliados rubricados por la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional:

I) Registro de dadores vivos sin mediar internación previa y para después de su muerte.

II) Registro de dadores, receptores y trasplantes.

III) Registro de dadores con internación previa.

b) Los servicios o establecimientos asistenciales públicos o privados, no habilitados a los fines de la Ley N° 24.193, llevarán con los recaudos señalados en el inciso a), los siguientes registros:

I) Registro de dadores vivos sin mediar internación previa y para después de su muerte.

II) Registro de dadores con internación previa.

Los asientos en los registros se harán cronológicamente y serán firmados por el Director del servicio o establecimiento o por quien lo reemplace en el momento, quedando prohibido alterar el orden de los mismos, dejar espacios en blanco, inutilizar, anular o arrancar folios, debiendo las enmiendas, raspaduras o correcciones que se produzcan ser salvadas o explicadas a renglón seguido.

Artículo 12 - Los servicios asistenciales, oficiales o privados deberán comunicar a la autoridad jurisdiccional cualquier modificación que disminuya las condiciones de habilitación, señalando las causales que la hubieren motivado.

La Autoridad Sanitaria Jurisdiccional, previa verificación, dispondrá si se mantiene o no la autorización acordada, quedando facultada para determinar los plazos para que se restablezcan las condiciones de habilitación.

Durante el trámite que se menciona precedentemente, no se podrán realizar las prácticas médico-quirúrgicas para las cuales fueron autorizadas.

De tales decisiones la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional dará cuenta al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante a los efectos de las registraciones que corresponda.

Artículo 13 - De la información proporcionada así como del consentimiento de dador y receptor deberá dejarse constancia en acta que deberá ser suscripta por estos últimos y por el

médico informante. Dichas actas deberán ser asentadas por orden cronológico en un libro previamente foliado y rubricado por la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional.

Artículo 14 - Los órganos y/o materiales anatómicos que podrán ablacionarse de personas vivas serán los siguientes:

a) Riñón, uréter.

b) Piel.

c) Elementos del sistema osteoarticular.

d) Órganos dentarios erupcionados y no erupcionados.

e) Córnea: en caso de enunciación del tumor y otra causa, estando la córnea en condiciones de ser injertada a otra persona.

f) Médula ósea.

g) Páncreas: se permite la resección parcial, acorde a las técnicas imperantes al momento de la intervención, y únicamente si el receptor padece de diabetes juvenil grave, con posible evolución terminal a corto plazo. Asimismo deberá diagnosticarse fehacientemente la no predisposición en el donante de tal enfermedad. Esta intervención estará reservada para centros con experiencia en trasplantes pancreáticos cadavéricos, cuyos resultados sean compatibles con las estadísticas internacionales.

h) Hígado: se permite la resección segmentaria, acorde a las técnicas y condiciones clínicas del receptor imperantes en el momento de la intervención. Esta intervención estará reservada a establecimientos con experiencias en trasplantes hepáticos cadavéricos, cuyos resultados sean compatibles con las estadísticas internacionales.

Artículo 15 . Las actas labradas conforme lo previsto en el párrafo tercero del artículo 15 de la Ley, deberán ser suscriptas por el Jefe del Equipo.

Junto con el acta, el establecimiento deberá archivar las partidas expedidas por el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas, constancia de autorización judicial, si la hubo u otra documentación legalmente apta para justificar el vínculo entre dador y receptor.

El ejemplar de dicha acta que se remita a la autoridad de contralor deberá ser archivado por orden cronológico por el plazo indicado en la Ley.

Artículo 16 - Se entiende que la liberación de gastos vinculados con la intervención quirúrgica, comprende exclusivamente aquellos relacionados directa o indirectamente con el acto médico de ablación, implante y postoperatorio tanto del receptor como del dador vivo. La Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, previo informe del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, fijará el valor arancelario de la procuración de órganos y tejidos. Para la

determinación de tal valor se tendrán en cuenta los aranceles correspondientes:

a) Diagnóstico de muerte del potencial donante.

b) Mantenimiento biológico del donante hasta la ablación de los órganos y/o materiales anatómicos.

c) Estudios de histocompatibilidad y de laboratorio que sean requeridos.

d) Gastos de las intervenciones quirúrgicas de ablación de órganos y/o materiales anatómicos.

e) Gastos de perfusión y conservación de órganos y/o materiales anatómicos.

f) Gastos originados en la distribución operativa de los órganos y/o materiales anatómicos.

g) Gastos posteriores a la ablación directamente vinculados con la misma, según conste en la historia clínica respectiva del donante vivo.

La Administración Nacional del Seguro de Salud o el Organismo que la reemplace deberá reconocer automáticamente el valor arancelario de la procuración de órganos y tejidos a los fines que las respectivas Obras Sociales de los receptores hagan efectivo el mismo. En todos los casos, la Administración Nacional del Seguro de Salud Y los Organismos similares, deberán asegurar la libre elección del paciente respecto del Centro de Trasplante habilitado en el que se asistirá.

Artículo 17 - Sin reglamentar.

Artículo 18 - Los supuestos concretos a que se refiere el párrafo 1, última parte del Artículo 18 de la Ley son:

a) corazón.

b) Riñón.

c) Córnea

Artículo 19 - Sin reglamentar.

Artículo 20 - Los funcionarios del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas deberán asentar en el Documento Nacional de Identidad vigente o el que lo reemplace, tanto para nacionales como para extranjeros, la manifestación de voluntad de las personas capaces mayores de dieciocho (18) años, positiva o negativa respecto del otorgamiento de la autorización para la ablación de órganos o materiales anatómicos de su propio cuerpo, para después de su fallecimiento, que expresen sus titulares en oportunidad de la realización de cualquier trámite ante ese organismo.

La Policía Federal Argentina, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, las autoridades sanitarias jurisdiccionales y el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, arbitrarán dentro de los noventa (90) días de publicado el presente Decreto Reglamentario, un sistema de difusión e información conjunto destinado a de-

jar fielmente asentada la manifestación de voluntad en cuestión.

Artículo 21 - Sin reglamentar.

Artículo 22 - El informe que deberá elevar el médico que haya realizado la ablación de órganos o material anatómico deberá describir el aspecto exterior del cadáver, lesiones externas visibles, aspecto exterior del órgano ablacionado y técnica de ablación utilizada.

El informe suscripto por el profesional interviniente deberá ser elevado al Juez de la causa dentro de las veinticuatro (24) horas de efectuada la ablación.

En caso de no existir intervención policial previa se efectuará la correspondiente denuncia ante la autoridad policial con jurisdicción en el lugar de internación del dador o directamente ante el Juez de turno.

La Policía deberá entregar constancia de la radicación de la denuncia por la autoridad de turno en forma inmediata.

Artículo 23 - Sin reglamentar.

Artículo 24 - A los efectos del Artículo 24 de la Ley, será hora de la muerte aquella del momento en que fueron verificados todos los signos establecidos en el Artículo 23, por primera vez.

Artículo 25 - Sin reglamentar.

Artículo 26 - A los fines de lo previsto en este Artículo, se entenderá que con la verificación de los signos establecidos en los tres (3) primeros incisos del Artículo 23 de la Ley N° 24.193, se dan las condiciones para la obligada denuncia del hecho al Director o persona a cargo del establecimiento.

Artículo 27

a) Sin reglamentar.

b) Sin reglamentar.

c) Sin reglamentar.

d) Sin reglamentar.

e) Sin reglamentar.

f) Sin reglamentar.

g) Sin reglamentar.

h) El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante será la autoridad competente para autorizar los anuncios y/o publicidad de las actividades contempladas en la presente Ley, manteniendo en reserva la identidad de los donantes y receptores de órganos y materiales anatómicos salvo que exista un interés legítimo a criterio de ese Organismo.

Se encuentran comprendidos en el presente artículo y por consiguiente sujetos al requisito de . previa autorización, los anuncios y la publicidad que puedan realizar las asociaciones y entidades sin fines de lucro, cualquiera sea su objeto y por cualquier título que fuere.

Artículo 28 - Sin reglamentar

Artículo 29 - Sin reglamentar.

Artículo 30 - Sin reglamentar.

Artículo 31 - Sin reglamentar.

Artículo 32 - Sin reglamentar.

Artículo 33 - Sin reglamentar.

Artículo 34 - Sin reglamentar.

Artículo 35 - Sin reglamentar.

Artículo 36 - Sin reglamentar.

Artículo 37 - Sin reglamentar.

Artículo 38 - Sin reglamentar.

Artículo 39 - Sin reglamentar.

Artículo 40 - Sin reglamentar.

Artículo 41 - Sin reglamentar.

Artículo 42 - Sin reglamentar.

Artículo 43 - Sin reglamentar.

Artículo 44

a) Sin reglamentar.

b) Se entiende por Banco de Organos y/o Materiales Anatómicos el Organismo Público, o privado sin fines de lucro, que tenga por objeto el acopio y preservación de órganos y/o materiales anatómicos especificados para su posterior utilización con fines terapéuticos o de investigación según las normas de organización y funcionamiento que establezca el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

c) Sin reglamentar.

d) Sin reglamentar.

e) La suspensión y/o revocación alcanza a los establecimientos o equipos cuando, previa auditoría del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, sus resultados sean inferiores a los mínimos actualizados en forma periódica según establezca su Directorio, con intervención del Consejo Asesor Técnico Científico, todo ello de acuerdo a la media indicativa de la realidad nacional.

f) Sin reglamentar.

g) Sin reglamentar

h) Los aranceles previstos habrán de ser fijados por el Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

i) Sin reglamentar.

j) Sin reglamentar.

k) Sin reglamentar.

l) Sin reglamentar.

m) Sin reglamentar.

n) La inscripción de un paciente en la Lista de Espera de Organos deberá ser formalizada por el médico tratante con intervención de un equipo o profesional habilitado en el marco de esta Ley, cumpliendo los requisitos técnicos o "criterios de inclusión" que a tal efecto determine el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante según órgano o material anatómico.

ñ) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

p) Las jurisdicciones, los establecimientos y

los equipos habilitados suministrarán anualmente los datos estadísticos sobre temas relacionados con la actividad trasplantológica que les sean requeridos por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

q) Sin reglamentar.

r) Sin reglamentar.

s) Sin reglamentar.

t) Sin reglamentar.

u) Sin reglamentar.

v) Sin reglamentar.

w) Sin reglamentar

x) Sin reglamentar.

Artículo 45 - La dedicación a tiempo completa exigida a los miembros del Directorio lleva implícita la incompatibilidad con el ejercicio profesional, bajo cualquiera de las modalidades previstas en la presente reglamentación, para la realización de las prácticas médico quirúrgicas objeto de la Ley o la titularidad y/o jefatura de un Banco de Organos y/o Materiales Anatómicos durante el término de su mandato, así como el desempeño de cualquier cargo público, excepto el ejercicio de la docencia.

Artículo 46 - Sin reglamentar.

Artículo 47 - Sin reglamentar.

Artículo 48

a) *Consejo Asesor de Pacientes*: Estará integrado por un representante titular y uno alterno por cada organización con personería jurídica nacional. Desarrollará su labor como cuerpo colegiado y fijará su reglamento interno nombrando de entre sus miembros, un Secretario.

Entenderá a requerimiento del Directorio sobre los aspectos sociales que hagan a la concientización de la población en favor de la donación de órganos, en las actividades de apoyo psicológico de los pacientes pre y postrasplante y su entorno familiar y en las actividades de fiscalización propias del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante incluyendo la distribución de órganos.

Sus recomendaciones no serán vinculantes para el Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante y la incorporación de sus miembros se formalizará mediante Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta del Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, durando en sus funciones cuatro (4) años con la posibilidad de sus redesignaciones por idénticos períodos en forma ininterrumpida.

b) *Consejo Asesor*: Entenderá a requerimiento del Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante en temas técnicos y científicos relacionados con la actividad trasplantológica y sus opiniones no

tendrán carácter vinculante actuando como cuerpo colegiado fijando su propio reglamento interno y eligiendo de entre sus miembros, un Secretario.

Las sociedades y asociaciones científicas que desarrollen actividades trasplantológicas representadas en este Cuerpo Asesor deberán tener personería jurídica en el orden nacional. Integrará el mismo, además el Presidente de la Sociedad Argentina de Trasplantes quién será miembro permanente. Se invitará a designar un representante a cada una de las Universidades que cuenten con Facultad de Medicina. Podrán integrarlo, también profesionales de reconocida trayectoria a propuesta del Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

Sus miembros serán designados por Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta del Directorio del Instituto Nacional

Central Único Coordinador de Ablación e Implante duran en sus funciones cuatro (4) años salvo revocación de designación; los representantes podrán ser nuevamente designados por idénticos períodos en forma ininterrumpida.

Artículo 49 - Sin reglamentar.

Artículo 50 - Sin reglamentar.

Artículo 51 - Sin reglamentar.

Artículo 52 - Sin reglamentar.

Artículo 53 - Sin reglamentar.

Artículo 54 - Sin reglamentar.

Artículo 55 - Sin reglamentar.

Artículo 56 - Sin reglamentar.

Artículo 57 - Sin reglamentar.

Artículo 58 - Sin reglamentar.

Artículo 59 - Sin reglamentar.

Artículo 60 - Sin reglamentar.

Artículo 61 - Sin reglamentar.

Artículo 62 - Sin reglamentar.

Resolución 34/98 de la
Secretaría de Programas de Salud
Salud Pública

Apruébase el nuevo Protocolo de "Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos (Muerte Encefálica)".

Bs. As., 20/3/98

VISTO el Expediente Nro. 1-2002-4638000421/96-1 del Registro del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), y

CONSIDERANDO:

Que el diagnóstico de muerte y su continua actualización es una de las funciones encomendadas por la Ley 24.193 al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

Que la misma Ley faculta en su artículo 23, inciso d) al Ministerio de Salud y Acción Social a actualizar periódicamente los protocolos médicos que normatizan esta tarea con el asesoramiento de dicho Instituto.

Que es imperioso contar con un criterio patrón permanentemente actualizado que dé uniformidad al procedimiento de dicho diagnóstico a los fines médico-técnicos y legales para dar seguridad a la población al respecto.

Que el protocolo vigente, aprobado por Resolución de la ex Secretaría de Salud Nro.

97/94, debe ser actualizado para adecuarlo a los nuevos conocimientos y avances de la ciencia médica y ampliado para darle más claridad y precisión en algunos tópicos, a fin de asegurar que cumpla adecuadamente su función de criterio patrón antes mencionada.

Que el nuevo protocolo ha sido elaborado con la participación de destacados especialistas argentinos, lo que da suficiente basamento técnico, y aprobado por el Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en virtud de las atribuciones conferidas por la Ley 24.193.

Por ello,

EL SECRETARIO
DE PROGRAMAS DE SALUD
RESULTA:

Artículo 1º.—Apruébase el nuevo Protocolo de *Diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos (muerte encefálica)* que como Anexo I forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º.—Derógase a partir de la fecha la Resolución de la ex-Secretaría de Salud Nro. 97 del 10 de marzo de 1994.

Art. 3º.—Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial. Cumplido archívese.— Víctor H. Martínez.

PROTOCOLO DE "DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS (MUERTE ENCEFÁLICA)"

El presente Protocolo constituye una guía de *procedimientos y especificaciones para ser utilizada* por los médicos intervinientes, ante la presunción del fallecimiento (bajo criterios neurológicos) de una persona cuyas funciones cardiorrespiratorias estén siendo sostenidas por medidas terapéuticas, en unidades de cuidados médicos intensivos.

I - Requisitos de inclusión en el Protocolo de Diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos

En esta sección se definen las condiciones que deben cumplimentarse para dar inicio a los procedimientos y acciones tendientes a confirmar o descartar el diagnóstico de muerte encefálica.

1 - Se requiere para el uso de este protocolo que la causa que produce el coma y determina el daño estructural encefálico sea conocida, tenga magnitud suficiente y esté debidamente documentada.

2 - Se requiere un tiempo de evolución adecuado. En los casos de lesiones encefálicas primarias, se exigen al menos 3 (tres) horas de asistencia respiratoria mecánica obligada para iniciar la evaluación neurológica en los sujetos de 6 (seis) o más años de edad, y al menos 6 (seis) horas en los menores de dicha edad. En los casos de daño difuso secundario de encéfalo se exigen al menos 12 (doce) horas desde el inicio del coma apnéico para comenzar la evaluación a partir de los 6 (seis) años de edad y 24 (veinticuatro) horas en los menores de dicha edad.

3 - Se requiere verificar que el paciente no se encuentre bajo el efecto de drogas depresoras del sistema nervioso central en niveles tóxicos. Esta situación especial (paciente intoxicado con drogas depresoras del sistema nervioso central) se considera en particular en el punto V 5 de este protocolo.

4 - Se requiere constatar la ausencia del efecto de drogas bloqueantes neuromusculares.

5 - Se requiere una temperatura rectal igual o superior a los 32°C (treinta y dos grados centígrados).

6 - Se requiere descartar la presencia de severos trastornos metabólicos o endocrinos.

7 - Se requiere una tensión arterial sistólica igual o superior a 90 (noventa) mmHg, o una tensión arterial media igual o superior a 60 (sesenta) mmHg en adultos, así como valores equivalentes, de acuerdo a los percentiles, en lactantes y niños.

8 - Se excluyen para el uso de este protocolo los menores de 7 (siete) días de vida en los recién nacidos en término. En los recién nacidos de pretérmino se utilizará la edad corregida de acuerdo a la edad gestacional, debiendo ésta equiparar los 7 (siete) días de vida del recién nacido de término para ser incluidos en este protocolo.

9 - Se excluyen asimismo para el uso de este protocolo los niños anencefálicos.

II - El examen neurológico en el Diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos

En esta sección se describen los hallazgos que el examen clínico-neurológico debe mostrar para ser compatible con el diagnóstico de muerte encefálica.

En el Anexo se describe la metodología a emplear para llevar a cabo el examen con el fin de certificar este diagnóstico.

Debe demostrarse:

1 - *Coma profundo con ausencia de toda respuesta* de origen encefálico ante cualquier tipo de estímulo.

Se recuerda que la presencia de reflejos de origen espinal no invalida el diagnóstico de muerte encefálica.

2 - *Abolición de los reflejos de tronco encefálico:*

a) Pupilas en posición intermedia o midriáticas, arreactivas a la luz.

b) Ausencia de sensibilidad y respuesta motora facial:

- Reflejo corneano abolido.

- Reflejo mandibular abolido.

- Ausencia de mueca de dolor ante estímulos nociceptivos.

c) Ausencia de movimientos oculares espontáneos y reflejos:

- Reflejos oculocefálicos sin respuesta.

- Reflejos oculovestibulares sin respuesta.

d) Reflejos bulbares abolidos:

- Reflejo tusígeno abolido.

- Reflejo nauseoso abolido.

- Reflejo deglutorio abolido.

3 - *Apnea definitiva:* Ausencia de movimientos respiratorios durante el test de oxigenación apnéica (conforme al procedimiento especificado en el Anexo).

III - Repetición del examen neurológico

Se debe demostrar la persistencia de los hallazgos del examen por un período adecuado de tiempo, para lo cual debe realizarse una nueva evaluación que arroje los mismos resul-

tados, cumpliendo siempre con los requisitos establecidos en el punto 1 de este protocolo.

El intervalo de tiempo entre las dos evaluaciones debe ser como mínimo de 6 (seis) horas en los adultos.

En los niños en cambio el intervalo entre las dos evaluaciones debe ser mayor, a saber:

1 – Entre los 7 (siete) y 60 (sesenta) días de edad: El intervalo entre las dos evaluaciones deberá ser de al menos 48 (cuarenta y ocho) horas.

2 – Entre los 2 (dos) meses de edad y hasta cumplir 1 (un) año: El intervalo entre las dos evaluaciones deberá ser de al menos 24 (veinticuatro) horas.

3 – Desde 1 (un) año cumplido y hasta cumplir los 6 (seis) años: El intervalo entre las dos evaluaciones deberá ser de al menos 12 (doce) horas.

4 – Para niños de 6 (seis) o más años, el intervalo es el mismo que para los adultos 6 (seis) horas.

(Las edades mencionadas se aplicarán al recién nacido de término. En el recién nacido de pretérmino deberá considerarse la edad corregida).

IV – Métodos instrumentales actuales de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos

En esta sección se establecen los métodos instrumentales que pueden utilizarse para certificar la "inactividad encefálica" conforme al artículo 23 de la Ley Nro. 24.193. Se establecen además cuáles son los hallazgos compatibles con el diagnóstico de muerte encefálica en estos estudios. Se determina también en qué situaciones estos estudios deben ser repetidos y cuándo pueden ser obtenidos una única vez.

1 – Métodos electrofisiológicos:

1.1. – Electroencefalograma.

Este estudio sólo será válido para certificar la muerte encefálica si es realizado cumpliendo los parámetros técnicos definidos en el Anexo. Su resultado debe mostrar el llamado "Silencio Bioeléctrico Cerebral", que se define como "ausencia de actividad electroencefalográfica mayor a los 2 (dos) uv de amplitud, cuando es registrado por partes de electrodos en el cuero cabelludo con una distancia interelectrodo de 10 (diez) cm o más y una impedancia adecuada de los mismos".

1.2. – Potenciales Evocados Multimodales

1.2.1. – Potenciales Evocados Somatosensitivos

Este estudio debe mostrar, para ser compatible con el diagnóstico de muerte encefálica, la ausencia de respuesta cortical en forma bilateral al estimular, por ejemplo el nervio mediano en la muñeca, con preservación de las respuestas extracraneales (del plexo braquial y de la médula cervical).

1.2.2. – Potenciales Evocados Auditivos de tronco cerebral

Este estudio debe demostrar para ser compatible con el diagnóstico de muerte encefálica, la ausencia de toda onda posterior a la onda II bilateralmente. La presencia de onda III o cualquiera otra posterior, uni o bilateralmente, indica la persistencia de actividad neural en el tronco encefálico, descartando el diagnóstico de muerte encefálica.

1.2.3. – Potenciales Evocados Visuales con electroretinograma

El resultado compatible con el diagnóstico de muerte encefálica, es la ausencia de respuesta occipital al estimular cada ojo, con preservación de la respuesta retiniana en el electroretinograma.

Repetición de los Estudios Electrofisiológicos:

El diagnóstico de muerte encefálica es un diagnóstico eminentemente clínico. En el marco de este protocolo, en los sujetos adultos y en los niños a partir de los 6 (seis) años de edad, cuando todos los ítems del examen neurológico hayan sido cumplimentados, tanto en la evaluación inicial como en su repetición, los estudios conformatorios electrofisiológicos no requieren ser repetidos, bastando ser realizados una única vez. En cambio, deberán ser repetidos con cada evaluación en los menores de 6 (seis) años y, a cualquier edad, cuando en el examen neurológico no se hubiera podido cumplimentar algún punto particular del mismo.

2 – Métodos que estudian el flujo sanguíneo encefálico

2.1. – Arteriografía de los cuatro vasos cerebrales

Este estudio, para ser compatible con el diagnóstico de muerte encefálica, debe mostrar la ausencia de circulación intracraneana. El hallazgo habitual, es la detención de la columna

de contraste intraarterial a nivel de la base del cráneo en el sistema carotídeo y en el vertebral. La arteria carótida externa se opacifica normalmente y el seno longitudinal superior puede visualizarse tardíamente.

2.2. – Ecodoppler transcraneal

Los hallazgos compatibles con el diagnóstico de muerte encefálica son:

a) Espiga sistólica pequeña en la sístole precoz sin flujo diastólico.

b) Espiga sistólica precoz con flujo diastólico invertido (flujo reverberante).

La ausencia inicial de señal doppler no puede ser interpretada como confirmatorio del diagnóstico.

2.3. – Angiografía cerebral radioisotópica

Este estudio, para el diagnóstico de muerte encefálica, debe ser realizado con radioisótopos difusibles (como el ^{99m}Tc -HM-PAO) que permiten detectar también el flujo en el territorio arterial posterior (vertebrobasilar).

El resultado compatible con el diagnóstico que nos ocupa, es la ausencia completa de captación del trazador, a nivel de los hemisferios cerebrales y de la fosa posterior (fenómenos del "cráneo vacío"), tanto en la fase inicial (angiogramagrafía), como en la fase de captación parenquimatosa.

Repetición de los estudios que miden flujo sanguíneo cerebral:

La utilización de alguno de estos estudios, cuando sus resultados son concluyentes, permite una sola constatación instrumental, no necesitando ser repetidos.

V – Situaciones especiales

1 – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La imposibilidad de verificar la ausencia completa de función del tronco cerebral en esta condición mediante la prueba de apnea, obliga a realizar el diagnóstico de muerte encefálica con el resto del examen clínico-neurológico y la utilización como métodos instrumentales de:

a) EEG y Potenciales Evocados Auditivos de Tronco y Somatosensitivos.

○ bien:

b) Un estudio del flujo sanguíneo encefálico de los establecidos en la sección IV 2 de este protocolo.

Pudiendo ser elegida cualquiera de las dos

alternativas en forma indistinta, de acuerdo a las posibilidades operativas.

Esto también será aplicable a toda otra situación en la cual no sea posible la realización de la prueba de apnea.

2 – Destrucción bilateral de estructuras oculares

En esta situación, para corroborar el diagnóstico de muerte encefálica, se utilizarán los puntos del examen clínico-neurológico que puedan realizarse y como método instrumental deberá emplearse alguno de los estudios del flujo sanguíneo encefálico establecidos en la sección IV 2 de este protocolo.

3 – Destrucción del peñasco y/o rotura timpánica bilateral

El diagnóstico de muerte encefálica se realizará con el examen clínico-neurológico (exceptuando las pruebas oculovestibulares) y la constatación instrumental a través de:

a) EEG y Potenciales Evocados Somatosensitivos y Visuales.

○ bien:

b) Un estudio del flujo sanguíneo encefálico de los establecidos en la sección IV 2.

Pudiendo ser elegida cualquiera de las dos alternativas en forma indistinta, de acuerdo a las posibilidades operativas.

4 – Hipoxia cerebral difusa

Cuando la causa del cuadro patológico que conduce a la situación presuntiva de muerte encefálica sea una hipoxia o anoxia cerebral difusa de cualquier origen, la muerte no podrá ser declarada hasta tanto se hayan cumplido al menos 24 (veinticuatro) horas del inicio de la necesidad absoluta de asistencia respiratoria mecánica. Si por la edad del paciente correspondieran intervalos entre evaluaciones más prolongadas (según lo establecido en el punto III), estos serán respetados.

5 – Intoxicación con depresores del sistema nervioso central

Dentro de las situaciones especiales indicadas en este apartado, los pacientes con daño estructural primario encefálico como causa del coma, que se encuentren bajo tratamiento con drogas depresoras del sistema nervioso central en niveles tóxicos, constituye un grupo particular.

En ciertos casos, sólo podrá diagnosticarse la muerte encefálica con la metodología habitual, luego de un tiempo de espera suficiente, que asegure la metabolización del tóxico en

cuestión. Resultan aquí de utilidad los dosajes séricos del nivel de las drogas.

Antes de transcurrido el tiempo de eliminación de las drogas, podrá diagnosticarse la muerte encefálica sólo en pacientes adultos y en los niños a partir de los 6 (seis) años de edad si se demuestra la ausencia de circulación sanguínea intracraneana por medio de alguno de los estudios del flujo sanguíneo encefálico establecidos en la sección IV 2. En este contexto cobran gran relevancia la realización previa de los estudios de Potenciales Evocados Auditivos de tronco cerebral y Somatosensitivos.

6 - Lesiones infratentoriales

Cuando la causa del cuadro que conduce a la situación presuntiva de muerte encefálica sea una patología primaria encefálica infratentorial y la "inactividad encefálica" sea constatada por métodos neurofisiológicos, deberá elegirse el Electroencefalograma como método instrumental.

ANEXO

En esta sección se describe la metodología a emplear para aquellos procedimientos del examen neurológico que así lo requieran, así como para la realización del Electroencefalograma, en el contexto de Diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.

Procedimientos del examen neurológico

Evaluación de la unión neuromuscular

Dado que casi todas las respuestas que provocan los procedimientos del examen neurológico están mediadas por la contracción del músculo estriado, se hace imprescindible asegurarse que el mecanismo contráctil sea normal. Para esto, se recomienda provocar alguna respuesta de liberación medular, como la respuesta al estímulo plantar o la obtención del reflejo ideomuscular en varios músculos del sujeto. En caso de duda, se debe estudiar la contracción muscular a través de la estimulación eléctrica del nervio periférico. Por este medio se obtiene, en caso de que el mecanismo contráctil esté preservado, con un estímulo tetanizante de 5 (cinco) segundos de duración, la contracción sostenida del músculo en estudio.

Evaluación de los reflejos de tronco encefálico

— *Reflejo fotomotor*: Con luz ambiental tenue y ambos ojos cerrados, se procede a la

apertura de cada ojo individualmente, siendo inmediatamente iluminado con una fuente de luz intensa. La pupila debe ser cuidadosamente observada durante un minuto para descartar respuestas lentas. Luego, se repite el procedimiento en el otro ojo. Si hubiera dudas sobre cualquier movimiento del iris, se debe observar el mismo con una lupa u otro medio de ampliación óptica.

— *Reflejo corneal*: Cada córnea debe ser tocada con un hisopo de algodón o similar. Si no hay respuesta debe emplearse un estímulo más intenso, deslizando el estimulador a través de la córnea cuidando de no producir abrasión corneal. Deben observarse ambos ojos cada vez que se realiza la estimulación, con el fin de apreciar cualquier respuesta.

— *Respuesta al dolor en territorio craneal*: Se procede a realizar una firme presión con el pulgar sobre el punto supraorbitario, en el tercio interno del borde superior de la órbita de cada lado, observando si se produce cualquier respuesta, en particular mueca de dolor. También deben aplicarse estímulos dolorosos periféricos (compresión del lecho ungueal en los dedos de las manos u otros) y observar si se produce mueca o gesto facial alguno como respuesta. Se debe recordar que ante estos estímulos periféricos, pueden observarse respuestas espinales constituidas por movimientos simples o, a veces, complejos de los miembros o la musculatura axial del tronco, en un porcentaje significativo de sujetos en la situación de muerte encefálica y que éstos, al no indicar función de estructuras neurales intracraneales, no interfieren con el diagnóstico.

— *Reflejos oculocéfálicos*: Se mantienen los ojos abiertos del sujeto y se realizan bruscos movimientos de rotación a cada lado, manteniendo la posición final en cada rotación un instante, observando los globos oculares. Si el reflejo es negativo, los ojos se desplazan con la cabeza pero no realizan ningún movimiento dentro de la órbita. Cualquier movimiento ocular excluye el diagnóstico de muerte encefálica. Se pueden examinar tanto los movimientos oculares horizontales como los verticales.

Se recuerda que este Test, no debe realizarse en pacientes con columna cervical inestable.

— *Reflejos oculovestibulares*: Con la cabeza en la línea media y levantada a 30° (treinta grados) de la horizontal, se introduce en catéter blando en el conducto auditivo externo y se procede a irrigarlo lenta y suavemente con, al menos, 60 (sesenta) ml de agua helada. Los ojos deben mantenerse abiertos para observar cuidadosamente cualquier movimiento de los mismos durante al menos un minuto, luego de finalizada la irrigación. Se esperan 2 (dos) minutos antes de repetir el test en el otro oído.

Antes de realizar esta prueba, debe obser-

varse cada conducto auditivo externo con un otoscopio, a fin de asegurarse que la membrana timpánica esté sana y que el conducto no esté ocluido por cera o cualquier otro material. La prueba está contraindicada cuando, debido a una fractura de base del cráneo, hubiera otorrea, otorragia o tejido cerebral en el conducto auditivo externo. Si se encuentra una perforación timpánica crónica, el test puede ser realizado utilizando aire frío como estímulo.

Recordamos que cualquier movimiento ocular como respuesta a esta prueba, excluye el diagnóstico de muerte encefálica.

— *Reflejo nauseoso, Reflejo deglutorio*: En los pacientes intubados, no debe producirse ningún movimiento faríngeo o del paladar ante la movilización del tubo endotraqueal, o ante el estímulo de la orofaringe de cada lado con un bajalenguas.

— *Reflejo tusígeno*: Se estimula la carina con un catéter de aspiración bronquial introducido por el tubo endotraqueal o la traqueostomía, observando cuidadosamente al sujeto, para apreciar cualquier respuesta tusígena o cualquier movimiento del tórax o el diafragma.

Evaluación del reflejo respiratorio

Se produce a realizar el Test de Apnea, según se describe a continuación:

Test de Apnea: Este test constituye la prueba más importante para evaluar la función del tronco encefálico, por lo tanto, es una *prueba imprescindible* para el diagnóstico de muerte encefálica, salvo en las circunstancias que se describen en la sección VI del protocolo como "Situaciones Especiales".

Para la utilización de este test en el contexto del diagnóstico de muerte encefálica, se debe tener en cuenta lo siguiente:

a) Para asegurar la presencia de apnea irreversible debe constatar la ausencia de movimientos respiratorios, en pacientes no intoxicados, ni bajo el efecto de drogas bloqueantes neuromusculares, cuando el nivel de PaCO_2 alcance o supere el umbral de estimulación del centro respiratorio bulbar. Esto se consigue con seguridad cuando la PaCO_2 alcance o supere los 60 (sesenta) mmHg. Si no se dispone de la determinación de los gases en sangre, la prueba podrá considerarse válida, cuando en pacientes normotérmicos, se completen 10 (diez) minutos de desconexión del respirador, siempre y cuando se hubiera respetado estrictamente, la disminución del volumen minuto respiratorio, de la fase de preoxigenación del test.

b) La prueba no tiene valor para diagnosticar la muerte encefálica en pacientes con patologías que provoquen la acumulación crónica

de CO_2 (en especial la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Procedimiento

Prerrequisitos:

ä) Aceptable estado hemodinámico: tensión arterial sistólica de 90 (noventa) mmHg o más, o tensión arterial media de 60 (sesenta) mmHg o más.

b) Idealmente: temperatura corporal igual o mayor a 36.5 (treinta y seis punto cinco) °C.

c) Monitorización electrocardiográfica.

d) Monitorización de saturación de oxígeno.

e) Idealmente: disponibilidad para medir gases en sangre (con vía arterial accesible).

f) Gases basales: PaO_2 : 100 (cien) mmHg o más, o superior a 200 (doscientos) mmHg luego de la fase de preoxigenación.

PaCO_2 : 40 (cuarenta) mmHg o más. Esto se obtiene en general, luego de la fase de preoxigenación, con reducción del volumen minuto respiratorio previo del paciente, o bien utilizando, para esta etapa de preoxigenación, una mezcla de 95 (noventa y cinco) % de O_2 con un 5 (cinco) % de CO_2 .

1ª. etapa: Preoxigenación: Mantener la ARM con disminución de la ventilación (al 60 (sesenta) % del volumen minuto del paciente) y asegurar la hiperoxigenación. FIO_2 del 100 (cien) %, durante por lo menos 30 (treinta) minutos.

2ª. etapa: Apnea: Desconexión del respirador y colocación de una cánula endotraqueal, a través de la cual se administra oxígeno puro, con un flujo de 6 (seis) lts/min.

Observación cuidadosa del paciente, para asegurar la ausencia total de movimientos respiratorios.

El tiempo de duración de la prueba será de 5 (cinco) a 8 (ocho) minutos, dependiendo del nivel de PaCO_2 inicial, obteniéndose al final del tiempo, una muestra de sangre arterial para gases, luego de lo cual se reconecta el respirador.

En caso de no contar con la determinación de gases en sangre arterial, la prueba deberá extenderse hasta transcurridos los 10 (diez) minutos de la desconexión.

Los tiempos y procedimientos son idénticos para niños y adultos.

Interrupción de la prueba:

ante cualquier alteración hemodinámica severa, aparición de arritmias cardíacas importantes, o desaturación significativa de oxígeno, se debe interrumpir el Test reconectando el respirador, previo a obtener una muestra de sangre arterial para gases.

ante la aparición de movimientos respiratorios, se reconecta el respirador.

Interpretación:

La prueba será *negativa* descartando el diagnóstico de muerte encefálica, si aparecen movimientos respiratorios.

La prueba será considerada *positiva* a los fines del diagnóstico de muerte encefálica, cuando no aparezcan movimientos respiratorios y la PaCO₂ final será de 60 (sesenta) mmhg o más, o su incremento sea igual o mayor a 20 (veinte) mmhg desde el nivel basal normal, cualquiera haya sido el tiempo de desconexión: o bien, cuando no disponiendo de la determinación de gases en sangre, se completaran 10 (diez) minutos de desconexión, sin la aparición de movimientos respiratorios, en sujetos normotérmicos, y siempre que se haya respetado estrictamente la reducción del volumen minuto respiratorio de la fase de preoxigenación del Test.

Si al final de la prueba, la PaCO₂, no llegó al nivel señalado, o si no se dispone de la medición de gases y no se completaron los 10 (diez) minutos de desconexión, el resultado es considerado *indeterminado*, debiendo repetirse el Test. El fracaso en su realización en un segundo intento obliga a considerar este caso como una "Situación Especial" y proceder según lo estipulado en el punto VI del protocolo.

Especificaciones técnicas para los estudios electrofisiológicos

Electroencefalograma (EEG)

Se describen a continuación las especificaciones técnicas que deben cumplimentarse al realizar este estudio en el contexto del diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos. Las mismas deben estar documentadas en los trazados obtenidos. De no cumplirse estas condiciones técnicas, los estudios obtenidos no tienen valor a los fines del diagnóstico que nos ocupa.

Condiciones técnicas:

1 - Se deben utilizar como mínimo 8 (ocho) electrodos en el scalp, además del electrodo de tierra, cubriendo como mínimo las áreas frontales, centrales, temporales y occipitales, a fin de asegurarse que la ausencia de actividad bioeléctrica cerebral no sea un fenómeno focal.

2 - La impedancia interelectrodo debe ser mayor de 100 (cien) ohms y menor de 10.000 (diez mil) ohms, a los fines de no distorsionar la señal de disminuir artificialmente la amplitud de la misma. Pueden utilizarse electrodos de

aguja para inserción que, aunque tienen mayor impedancia que los de contacto, aseguran valores similares para cada electrodo.

3 - Se debe testear la integridad del sistema de registro en todo trazado que muestre ausencia de actividad bioeléctrica. Para esto, se tocan suavemente los electrodos para producir en el registro el artefacto que asegure el adecuado funcionamiento del sistema.

4 - la distancia interelectrodo debe ser amplia, al menos 10 (diez) cm, a fin de permitir el registro de señales de muy bajo voltaje que no son detectables por los montajes de uso clínico habitual. Se sugiere para los adultos el siguiente montaje: Fp1-C3; C3-O1; Fp2-C4; C4-O2; T3-Cz; Cz-T4; con un canal para electrocardiograma y otro para un par de electrodos no cefálicos (dorso de la mano). En los niños, cuando por el tamaño de la cabeza los montajes habituales no aseguren la distancia interelectrodo adecuada, se puede utilizar el siguiente montaje: Fp1-Fp2; F3-F4; C3-C4; P3-P4; O1-O2; F7-F8; T3-T4; T5-T6, o bien: Fp1-T3; T3-O1; Fp2-T4; T4-O2; P3-A2; P4-A1; con un canal para electrocardiograma y otro para un par de electrodos no cefálicos.

5 - La amplificación debe ser aumentada hasta llegar a 2 (dos) o 2,5 (dos como cinco) μ v por milímetro durante la mayor parte del registro, el cual debe tener una duración de al menos 20 (veinte) minutos en los adultos y en los niños a partir de los 6 (seis) años, y de al menos 30 (treinta) minutos en los menores de 6 (seis) años. Debe incluir una adecuada calibración.

6 - Se debe usar una constante de tiempo de 0.3 (tres décimas) o mayor, o un filtro de frecuencias bajas de no más de 1 (un) Hz, con el fin de no atenuar los potenciales lentos. El filtro de frecuencias rápidas no debe ser menor de 30 (treinta) Hz. Si es necesario, es aceptable usar un filtro para ruido de 50 (cincuenta) Hz.

7 - Se deben utilizar, cuando sea necesario, técnicas de monitoreo de artefactos, en especial de electrocardiograma y otros artefactos del paciente o el ambiente.

8 - El registro debe ser realizado por un técnico en EEG, con experiencia en esta tarea en las unidades de terapia intensiva, quien debe trabajar bajo la supervisión de un médico especialista en neurología, adecuadamente capacitado en electroencefalografía.

9 - Siempre que el resultado del estudio no sea concluyente, no se debe dudar en repetirlo en un intervalo de tiempo de, por ejemplo, 6 (seis) horas.

LIBRO XIX

MEDICINA LEGAL DEL TRABAJO

Celminia Guzmán

1. INTRODUCCIÓN – DEFINICIONES

Se considera *trabajo* a toda actividad física o intelectual que se realiza de forma voluntaria por la cual se recibe una remuneración determinada.

En este contexto debemos diferenciar la *medicina laboral* de la *medicina legal del trabajo* siendo la primera la especialidad que dedicada a la “*Prevención, diagnóstico, y tratamiento de las patologías vinculables al trabajo*”. Por su parte la *medicina legal del trabajo* es la “rama de la Medicina Legal que trata de la aplicación de los conocimientos médicos para la resolución de los problemas que plantea el trabajo en el ámbito administrativo –público o privado—y de la justicia”.

En nuestro país, rige actualmente la ley que se promulgó el 3 de octubre de 1995 bajo el Nro. 24.557 o ley de “*Riesgos del trabajo*” (Boletín Oficial Nro. 28.242) complementada con los decretos Nros. 170, 658 y 659 del año 1996.

Es necesario conocer con precisión lo que la ley define como enfermedad profesional y enfermedad-accidente ya que resultan necesarios para delimitar la relación causa-efecto entre el hecho acaecido con motivo del trabajo y las incapacidades resultantes por lo que nos detendremos en esos aspectos ya que resultan de interés para el médico.

2. OBJETIVOS DE LA LEY

Los objetivos son: reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos del trabajo; la reparación de los daños derivados de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales; la rehabilitación, recalificación y recolocación del trabajador damnificado.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La ley establece que están obligatoriamente sujetos a las disposiciones de la ley:

- empleados y funcionarios del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires;
- los trabajadores en relación de dependencia del sector privado;
- las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

4. CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

a) Accidente de trabajo. Enfermedad profesional

La ley considera como contingencia o sea hechos protegidos, al *accidente de trabajo* y las *enfermedades profesionales*.

Se considera *accidente de trabajo* a "todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo".

De la lectura de este enunciado se desprende que debe entenderse como accidente lo acontecido en forma repentina e imprevista o que si fuera prevista no pudo evitarse y que provoca un perjuicio, temporal y permanente, en el trabajador. También se incluye en este concepto el accidente "*in itinere*" que es el que ocurre en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el trabajo, en las condiciones mencionadas. Ese trayecto puede ser modificado por el trabajador debiendo comunicar tal situación por escrito al empleador, siendo los motivos atendidos por la ley: razones de estudio, concurrencia a otro trabajo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente.

Se conceptúan como *enfermedades profesionales* a "aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional".

En consecuencia con esta norma, el Poder Ejecutivo Nacional dictó el 24/6/96 el decreto Nro. 658/96 por el que se aprobó el *Listado de enfermedades profesionales* en el que se incluyen las "Enfermedades" y las "Actividades laborales que pueden generar exposición". Resulta, asimismo, una norma complementaria de consulta el "Manual de Procedimiento para diagnóstico de las enfermedades profesionales" aprobado por laudo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Nro. 405/96 (Boletín Oficial del 14/6/96). A los interesados en este tema se aconseja remitirse a estar normativas ya que su explicación en detalle excede las pretensiones de esta obra.

A través de esas disposiciones queda claro la exclusión de la "enfermedad-accidente" siendo solamente indemnizables las incapacidades resultantes de las enfermedades profesionales en las condiciones señaladas, es decir que deben estar taxativamente incluidas en el listado de enfermedades profesionales; ser de comienzo gradual, no súbito, como el accidente y deberse exclusivamente a una noxa laboral.

Debemos diferenciar el *accidente de trabajo* y la *enfermedad profesional* de la denominada *enfermedad inculpable*, considerándose como tal a las "patologías que no tienen relación con la actividad laboral del trabajador en lo que se refiere a su causalidad y a su agravación". La ley de "Contrato de trabajo" establece el derecho del trabajador a percibir la remuneración por un tiempo variable dependiendo de la antigüedad en el empleo y de las cargas de familia.

b) No resarcibilidad. Exclusiones

La ley establece también que las "enfermedades" no incluidas en el listado, en ningún caso serán consideradas resarcibles.

No están incluidas en las disposiciones de la ley:

1) Los *accidentes de trabajo* y las *enfermedades profesionales* causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor *extraña al trabajo*.

2) Las incapacidades del trabajador *preexistentes a la iniciación de la relación laboral* y acreditadas en el examen preocupacional.

5. INCAPACIDAD LABORAL

Se conceptúa como incapacidad a la falta de aptitud psíquica o física para efectuar un trabajo. La ley establece tres posibilidades:

- Incapacidad laboral temporaria (art. 7);
- Incapacidad laboral permanente (arts. 8 y 9), y,
- Gran invalidez (art. 10).

— *Incapacidad laboral temporaria*: se da “cuando el daño sufrido por el trabajador le impida *temporariamente* la realización de sus *tareas habituales*”. Esta incapacidad finaliza con:

1. la declaración de incapacidad laboral permanente,
2. transcurrido un año desde la primera manifestación invalidante,
3. muerte del damnificado.

En este aspecto es pertinente referirnos al término *consolidación* de las incapacidades, frecuentemente utilizado. Existen dos tipos, la *jurídica* y la *médica*.

Llamamos *consolidación jurídica* a la que se produce al transcurrir un (1) año de la producción del *accidente* o desde que el trabajador *toma conocimiento* del daño que padece o desde que la incapacidad temporaria se transforma en permanente.

Por su parte la *consolidación médica* se da en el momento en que se otorga el alta médica estimándose que a partir de este momento la incapacidad no ha de modificarse con el transcurso del tiempo.

Ambos tipos de consolidación pueden coincidir o no.

— *Incapacidad laboral permanente*: es “cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasiona una *disminución permanente* de su capacidad laborativa”.

A su vez la incapacidad permanente será:

- a) *total*, si la incapacidad fuere igual o superior al 66%;
- b) *parcial*: si es inferior a este porcentaje.

Una vez determinada la incapacidad permanente, tendrá carácter *provisorio* por el término de 36 meses. Vencido este término, la incapacidad permanente *provisoria* se transforma en *definitiva*.

El lapso de 36 meses puede ser reducido o extendido hasta 24 meses más, de acuerdo a la opinión de las Comisiones Médicas evaluadoras.

— *Gran invalidez*: es el estado que presenta un trabajador con *incapacidad laboral permanente* tal que necesita la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de su vida.

6. DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD

El grado de incapacidad permanente lo determinan las Comisiones Médicas en base a la “Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales” aprobada por el decreto 659/96.

En la evaluación de la incapacidad que surja de un accidente o enfermedad profesional debe tenerse la *conurrencia* de:

- a) la existencia de un accidente o enfermedad reconocida;
- b) la presencia de una *disminución* anatómica o funcional definitiva, irreversible.

ble y medible que debe ser la consecuencia de un accidente o enfermedad laboral;

c) el daño debe ser medido de acuerdo a las tablas aprobadas y a los factores de ponderación que son los que permiten establecer las diferencias caso a caso;

d) en el caso de que en el examen preocupacional se determinare alguna incapacidad, deberán ser asentadas en el legajo personal, siendo el 100% de la capacidad funcional de un trabajador, su *capacidad restante*.

7. REVISIÓN DE LAS INCAPACIDADES

Los entes médicos que determinan las incapacidades laborales son las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central creadas por la ley 24.241 (*Ley nacional del sistema integrado de jubilaciones y pensiones*). Según el artículo 21 estas comisiones son las encargadas de determinar:

- a) la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad;
- b) el carácter y grado de la incapacidad;
- c) el contenido y alcances de las prestaciones en especie.

Estas comisiones también pueden revisar el tipo, grado y carácter de la incapacidad de resolver cualquier discrepancia que hubiere entre la Aseguradora de Riesgos de Trabajo y el damnificado o sus derechohabientes.

8. DENUNCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

En el artículo 31 se establece la obligatoriedad de los trabajadores de efectuar la denuncia de los hechos ante el empleador. El artículo 31 (2, c) dice que los trabajadores "denunciarán ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran".

Por su parte los empleadores deben denunciar a las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos.

Es importante el hecho de la *denuncia* puesto que el derecho a percibir las "prestaciones de esta ley comienza a partir de la denuncia de los hechos causantes de daños derivados del trabajo".

9. COMENTARIO FINAL

Creemos que toda legislación laboral debe tender al bienestar del trabajador por lo que debería estar inscripta dentro de los principios del enunciado del artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos cuando en el inciso 3º expresa "Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social".

Entendemos que dentro de los "medios de protección social" se halla comprendida la legislación laboral.

Si bien uno de los objetivos de la ley 24.557 fue terminar con la "industria del juicio", creemos que en alguna medida se ha vulnerado el derecho de los trabajadores, al vedar la posibilidad de recurrir al reclamo civil invocando el artículo 1113 del Código de la materia, y, al eliminar la "enfermedad-accidente" como generadora de incapacidad. Atendiendo a la naturaleza biológica de los procesos mórbidos, muchas veces el trabajo incide en forma desfavorable en la evolución de una determinada patología pero, en las condiciones actuales no es indemnizable por no ser, el trabajo, la única causa.

LEY N° 24.557 **Riesgos de trabajo**

Objetivos y ámbito de aplicación. Prevención de los riesgos de trabajo. Contingencias y situaciones cubiertas. Prestaciones dinerarias y en especie. Determinación y revisión de las incapacidades. Régimen financiero. Gestión de las prestaciones. Derechos, deberes y prohibiciones. Fondos de Garantía y de Reserva. Entes de Regulación y Supervisión. Responsabilidad Civil del Empleador. Organo Tripartito de Participación. Normas Generales y Complementarias. Disposiciones Finales.

Sancionada: Setiembre 13 de 1995.

Promulgada: Octubre 3 de 1995.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

Capítulo I **Objetivos y ámbito de aplicación de la ley**

Artículo 1º. Normativa aplicable y objetos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT).

1. La prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo se regirán por la LRT y sus normas reglamentarias.

2. Son objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT):

a) Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo;

b) Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado;

c) Promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados;

d) Promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

Artículo 2º. Ambito de aplicación.

1. Están obligatoriamente incluidos en el ámbito de la LRT:

a) Los funcionarios y empleados del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

b) Los trabajadores en relación de dependencia del sector privado;

c) Las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

2. El Poder Ejecutivo nacional podrá incluir en el ámbito de la LRT a:

a) Los trabajadores domésticos;

b) Los trabajadores autónomos;

c) Los trabajadores vinculados por relaciones no laborales; y

d) Los bomberos voluntarios.

Artículo 3º. Seguro obligatorio y autoaseguro.

1. Esta LRT rige para todos aquellos que contraten a trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación.

2. Los empleadores podrán autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley, siempre y cuando acrediten con la periodicidad que fije la reglamentación:

a) Solvencia económico-financiera para afrontar las prestaciones de esta ley; y

b) Garanticen los servicios necesarios para otorgar las prestaciones de asistencia médica y las demás previstas en el artículo 20 de la presente ley.

3. Quienes no acrediten ambos extremos deberán asegurarse obligatoriamente en una "Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART)" de su libre elección.

4. El Estado nacional, las provincias y sus municipios y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires podrán igualmente autoasegurarse.

Capítulo II **De la prevención de los riesgos de trabajo**

Artículo 4º. Obligaciones de las partes.

1. Los empleadores y los trabajadores com-

prendidos en el ámbito de la LRT, así como las ART están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.

A tal fin y sin perjuicio de otras actuaciones establecidas legalmente, dichas partes deberán asumir compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo. Estos compromisos podrán adoptarse en forma unilateral, formar parte de la negociación colectiva, o recluirse dentro del contrato entre las ART y el empleador.

2. Los contratos entre la ART y los empleadores incorporarán un Plan de Mejoramiento de las condiciones de higiene y seguridad, que indicará las medidas y modificaciones que los empleadores deban adoptar en cada uno de sus establecimientos para adecuarlos a la normativa vigente, fijándose en veinticuatro (24) meses el plazo máximo para su ejecución.

El Poder Ejecutivo nacional regulará las pautas y contenidos del Plan de Mejoramiento, así como el régimen de sanciones.

3. Mientras el empleador se encuentre ejecutando el Plan de Mejoramiento no podrá ser sancionado por incumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo.

4. La ART controlará la ejecución del Plan de Mejoramiento, y está obligada a denunciar los incumplimientos a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).

5. Las discrepancias acerca de la ejecución del Plan de Mejoramiento serán resueltas por la SRT.

Artículo 5º. Recargo por incumplimientos.

1. Si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se y hubiere producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, éste deberá pagar al Fondo de Garantía, instituido por el artículo 33 de la presente ley, una suma de dinero cuya cuantía se graduará en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo será de treinta mil pesos (\$ 30.000).

2. La SRT es el órgano encargado de constatar y determinar la gravedad de los incumplimientos, fijar el monto del recargo y gestionar el pago de la cantidad resultante.

Capítulo III Contingencias y situaciones cubiertas

Artículo 6º. Contingencias.

1. Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho tra-

yecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el *itinere* se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

2. Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado como sus consecuencias en ningún caso serán consideradas resarcibles.

3. Están excluidos de esta ley:

- a) Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo;
- b) Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

Artículo 7º. Incapacidad Laboral Temporal.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Temporal (ILT) cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales.

2. La situación de Incapacidad Laboral Temporal (ILT) cesa por:

- a) Alta médica;
- b) Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP);
- c) Transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante;
- d) Muerte del damnificado.

Artículo 8º. Incapacidad Laboral Permanente.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa.

2. La Incapacidad Laboral Permanente (ILP) será total, cuando la disminución de la capacidad laborativa permanente fuere igual o superior al 66%, y parcial, cuando fuere inferior a este porcentaje.

3. El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales, que

elaborará el poder Ejecutivo nacional y, ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral.

4. El Poder Ejecutivo nacional garantizará, en los supuestos que correspondiese, la aplicación de criterios homogéneos en la evaluación de las incapacidades dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y de la LRT.

Artículo 9º. Carácter provisorio y definitivo de la ILP.

1. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una prestación de pago mensual, tendrá carácter provisorio durante los 36 meses siguientes a su declaración.

Este plazo podrá ser extendido por las comisiones médicas, por un máximo de 24 meses más, cuando no exista certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

En los casos de Incapacidad Laboral Permanente parcial el plazo de provisionalidad podrá ser reducido si existiera certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

Vencidos los plazos anteriores, la Incapacidad Laboral Permanente tendrá carácter definitivo.

2. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una suma de pago único tendrá carácter definitivo a la fecha del cese del período de incapacidad temporaria.

Artículo 10. Gran invalidez.

Existe situación de gran invalidez cuando el trabajador en situación de Incapacidad Laboral Permanente total necesite la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de su vida.

Capítulo IV Prestaciones dinerarias

Artículo 11. Régimen legal de las prestaciones dinerarias.

1. Las prestaciones dinerarias de esta ley gozan de las franquicias y privilegios de los créditos por alimentos. Son además, irrenunciables y no puede ser cedidas ni enajenadas.

2. Las prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Permanente (ILP) o permanente provisorio se ajustarán en función de la variación del AMPO definido en la ley 24.241, de acuerdo a la norma reglamentaria.

3. El poder Ejecutivo nacional se encuentra facultado a mejorar las prestaciones dinerarias establecidas en la presente ley cuando las condiciones económicas financieras generales del sistema así lo permitan.

Artículo 12. Ingreso base.

1. A los efectos de determinar la cuantía de las prestaciones dinerarias se considera ingreso base la cantidad que resulte de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a cotización correspondientes a los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante o al tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado.

2. El valor mensual del ingreso base resulta de multiplicar la cantidad obtenida según el apartado anterior por 30.4.

Artículo 13. Prestaciones por Incapacidad Laboral Temporaria.

1. A partir de la primera manifestación invalidante y mientras dure el período de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT), damnificado percibirá una prestación de pago mensual, de cuantía igual al valor mensual del ingreso base.

La prestación dineraria correspondiente a los primeros diez días estará a cargo del empleador. Las prestaciones dinerarias siguientes estarán a cargo de la ART la que, en todo caso, asumirá las prestaciones en especie.

El pago de la prestación dineraria deberá efectuarse en el plazo y en la forma establecida en la ley 20.744 (t.o. 1976) para el pago de las remuneraciones a los trabajadores.

2. El responsable del pago de la prestación dineraria retendrá los aportes y efectuará las contribuciones correspondientes al sistema de seguridad social, abonando asimismo las asignaciones familiares.

3. Durante el período de Incapacidad Laboral Temporaria, originada en accidentes de trabajo o en enfermedades profesionales, el trabajador no devengará remuneraciones de su empleador, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del apartado 1 del presente artículo.

Artículo 14. Prestaciones por Incapacidad Permanente Parcial (IPP).

1. Mientras dure la situación de provisionalidad e la Incapacidad Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al 70% del valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad, además de las asignaciones familiares correspondientes.

2. Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá las siguientes prestaciones:

a) Cuando el porcentaje de incapacidad sea igual o inferior al 20%, una indemnización de pago único, cuya cuantía será igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por un coeficiente que resultará de dividir el núme-

ro 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Esta suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar \$ 55.000 por el porcentaje de incapacidad;

b) Cuando el porcentaje de incapacidad sea superior al 20% e inferior al 66%, una Renta Periódica —controlada en los términos de esta ley—, cuya cuantía será igual al 70% del valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad. Esta prestación está sujeta a las retenciones por aportes previsionales y del sistema nacional del seguro de salud.

Artículo 15. prestaciones por Incapacidad Permanente Total (IPT).

1. Mientras dure la situación de provisionalidad de Incapacidad Permanente Total (IPT), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual equivalente al 70% del valor mensual del ingreso base. percibirá, además, las asignaciones familiares correspondientes.

Durante este período, el damnificado no tendrá derecho a las prestaciones del sistema previsional.

2. Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Permanente Total (IPT), el damnificado recibirá las prestaciones que por retiro definitivo por invalidez establezca el régimen previsional al que estuviere afiliado.

El damnificado percibirá, asimismo, en las condiciones que establezca la reglamentación, una prestación de pago mensual complementaria a la correspondiente al régimen previsional. Su monto se determinará actualmente en función del capital integrado por la ART. Este capital equivaldrá a 43 veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por un coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado al a fecha de la primera manifestación invalidante y no podrá ser superior a los \$ 55.000.

3. cuando la Incapacidad Permanente Total no deviniere en definitiva, la ART se hará cargo del capital de recomposición correspondiente, definido en la ley 24.241 (artículo 94) o, en su caso, abonará una suma equivalente al régimen previsional a que estuviese afiliado el damnificado.

Artículo 16. Retorno al trabajo por parte del damnificado.

1. La percepción de prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Permanente es compatible con el desempeño de actividades remunerativas.

2. El Poder Ejecutivo nacional podrá reducir los aportes y contribuciones al Sistema de Seguridad Social, correspondientes a supuestos de retorno al trabajo de trabajadores con Incapacidad Laboral Permanente.

Artículo 17. Gran Invalidez.

1. El damnificado declarado gran inválido percibirá las prestaciones correspondientes a los distintos supuestos de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT).

2. Adicionalmente, la ART abonará al damnificado una prestación de pago mensual equivalente a tres veces el valor del AMPO definido por la ley 24.241 (artículo 21), que se extinguirá a la muerte del damnificado.

Artículo 18. Muerte del damnificado.

1. Los derechohabientes accederán a la pensión por fallecimiento prevista en el régimen previsional al que estuviera afiliado el damnificado y a la prestación de pago mensual complementada prevista en el artículo 15 apartado 2.

2. Se consideran derechohabientes a los efectos de esta ley a las personas enumeradas en el artículo 53 de la ley 24.241, quienes concurrirán en el orden de prelación y condiciones allí señaladas.

Artículo 19. Contratación de la renta periódica.

1. A los efectos de esta ley se considera renta periódica la prestación dineraria, de pago mensual, contratada entre el beneficiario y una ART o una compañía de seguros de retiro, quienes a partir de la celebración del contrato respectivo, serán las únicas responsables de su pago. El derecho a la renta periódica comienza en la fecha de la declaración del carácter definitivo de la incapacidad permanente parcial y se extingue con al muerte del beneficiario o en la fecha en que se encuentre en condiciones de acceder a la jubilación por cualquier causa.

En el caso de empresas que no se afilien a una ART, dicha prestación deberá ser contratada con una entidad de seguro de retiro a elección del beneficiario. Esta, a partir de la celebración del contrato respectivo, será la única responsable de su pago.

2. El Poder Ejecutivo nacional fijará la forma y la cuantía de la garantía del pago de la renta periódica en caso de quiebra o liquidación por insolvencia de las compañías de seguros de retiro.

Capítulo V Prestaciones en especie

Artículo 20.

1. Las ART otorgarán a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas en esta ley las siguientes prestaciones en especial:

- a) Asistencia médica y farmacéutica;
- b) Prótesis y ortopedia;
- c) Rehabilitación;
- d) Recalificación profesional; y

e) Servicio funerario.

2. Las ART podrán suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las comisiones médicas, a percibir las prestaciones en especie de los incisos a), c) y d).

3. Las prestaciones a que se hace referencia en el apartado 1, incisos a), b) y c) del presente artículo, se otorgarán a los damnificados hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes, de acuerdo a cómo lo determine la reglamentación.

Capítulo VI Determinación y revisión de las incapacidades

Artículo 21. Comisiones médicas.

1. Las comisiones médicas y la comisión Médica Central creadas por la ley 24.241 (artículo 22), serán las encargadas de determinar:

- a) La naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad;
- b) El carácter y grado de la incapacidad;
- c) El contenido y alcances de las prestaciones en especie.

2) Estas comisiones podrán, asimismo, revisar el tipo, carácter y grado de la incapacidad, y —en las materias de su competencia— resolver cualquier discrepancia que pudiera surgir entre la ART y el damnificado o a sus derechohabientes.

3. La reglamentación establecerá los procedimientos a observar por y ante las comisiones médicas, así como el régimen arancelario de las mismas.

4. En todos los casos el procedimiento será gratuito para el damnificado, incluyendo traslados y estudios complementarios.

Artículo 22. Revisión de la incapacidad.

Hasta la declaración del carácter definitivo de la incapacidad y a solicitud del obligado al pago de las prestaciones o del damnificado, las comisiones médicas efectuarán nuevos exámenes para revisar el carácter y grado de incapacidad anteriormente reconocidos.

Capítulo VII Régimen financiero

Artículo 23. Cotización.

1. Las prestaciones previstas en esta Ley a cargo de las ART, se financiarán con una cuota mensual a cargo del empleador.

2. Para la determinación de la base imponible se aplicarán las reglas de la Ley 23.241 (artículo 9), incluyéndose todas las prestaciones que tengan carácter remuneratorio a los fines del SUP.

3. La cuota debe ser declarada y abonada

conjuntamente con los aportes y contribuciones que integran la CUSS. Su fiscalización, verificación y ejecución estará a cargo de la ART.

Art. 24. Régimen de alícuotas.

1. La superintendencia de Seguros de la Nación en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo establecerán los indicadores que las ART habrán de tener en cuenta para diseñar el régimen de alícuotas. Estos indicadores reflejarán la siniestralidad presunta, la siniestralidad efectiva, y la permanencia del empleador en una misma ART.

2. Cada ART deberá fijar su régimen de alícuotas en función del cual será determinable, para cualquier establecimiento, el valor de la cuota mensual.

3. El régimen de alícuotas deberá ser aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

4. Dentro del régimen de alícuotas, la cuota del artículo anterior será fijada por establecimiento.

Artículo 25. Tratamiento impositivo.

1. Las cuotas del artículo 23 constituyen gasto deducible a los efectos del impuesto a las ganancias.

2. Los contratos de afiliación a una ART están exentos de todo impuesto o tributo nacional.

3. El contrato de renta periódica goza de las mismas exenciones impositivas que el contrato de renta vitalicia previsional.

4. Invítase a las provincias a adoptar idénticas exenciones que las previstas en el apartado anterior.

5. Las reservas obligatorias de la ART están exentas de impuestos.

Capítulo VIII Gestión de las prestaciones

Artículo 26. Aseguradoras de Riesgo del Trabajo.

1. Con la salvedad de los supuestos del régimen del autoaseguro, la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT estará a cargo de entidades de derecho privado, previamente autorizadas por la SRT, y por la superintendencia de Seguros de la Nación, denominadas "Aseguradoras de Riesgo del Trabajo" (ART), que reúnan los requisitos de solvencia financiera, capacidad de gestión, y demás recaudos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus reglamentos.

2. La autorización conferida a una ART será revocada:

- a) Por las causas y procedimientos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus respectivos reglamentos;
- b) Por omisión de otorgamiento íntegro y

oportuno de las prestaciones de esta LRT;

c) Cuando se verifiquen deficiencias graves en el cumplimiento de su objeto, que no sean subsanadas en los plazos que establezca la reglamentación.

3. Las ART tendrán como único objeto el otorgamiento de las prestaciones que establece esta ley, en el ámbito que —de conformidad con la reglamentación—ellas mismas determinen.

4. Las ART podrán, además, contratar con sus afiliados:

a) El otorgamiento de las prestaciones dinerarias previstas en la legislación laboral para los casos de accidentes y enfermedades inculpables; y,

b) La cobertura de las exigencias financieras derivadas de los juicios por accidentes y enfermedades de trabajo con fundamento en leyes anteriores.

Para estas dos operatorias la ART fijará libremente la prima, y llevará una gestión económica y financiera separada de la que corresponda al funcionamiento de la LRT.

Ambas operatorias estarán sometidas a la normativa general en materia de seguros.

5. El capital mínimo necesario para la constitución de una ART será de tres millones de pesos (\$ 3.000.000) que deberá integrarse al momento de la constitución. El Poder Ejecutivo nacional podrá modificar el capital mínimo exigido, y establecer un mecanismo de movilidad del capital en función de los riesgos asumidos.

6. Los bienes destinados a respaldar las reservas de la ART no podrán ser afectados a obligaciones distintas a las derivadas de esta ley, ni aun en caso de liquidación de la entidad.

En este último caso, los bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT.

7. Las ART deberán disponer, con carácter de servicio propio o contratado, de la infraestructura necesaria para proveer adecuadamente las prestaciones en especie previstas en esta ley. La contratación de estas prestaciones podrá realizarse con las obras sociales.

Artículo 27. Afiliación.

1. Los empleadores no incluidos en el régimen de autoseguro deberán afiliarse obligatoriamente a la ART que libremente eligen, y declarar las altas y bajas que se produzcan en su plantel de trabajadores.

2. La ART no podrá rechazar la afiliación de ningún empleador incluido en su ámbito de actuación.

3. La afiliación se celebrará en un contrato cuya forma, contenido, y plazo de vigencia determinará la SRT.

4. La renovación del contrato será automática, aplicándose el Régimen de Alicuotas vigente a la fecha de renovación.

5. La rescisión del contrato de afiliación estará supeditada a la firma de un nuevo contrato por parte del empleador con otra ART o a su incorporación en el régimen de autoseguro.

Artículo 28. Responsabilidad por omisiones.

1. Si el empleador no incluido en el régimen de autoseguro omitiera afiliarse a una ART, responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en esta ley.

2. Si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, la ART otorgará las prestaciones, y podrá repetir del empleador el costo de 'setas.

3. En el caso de los apartados anteriores el empleador deberá depositar las cuotas omitidas en la cuenta del Fondo de Garantía de la LRT.

4. Si el empleador omitiera —total o parcialmente— el pago de las cuotas a su cargo, la ART otorgará las prestaciones, y podrá ejecutar contra el empleador las cotizaciones adecuadas.

Artículo 29. Insuficiencia patrimonial.

Declarada judicialmente la insuficiencia patrimonial del empleador no asegurado, o en su caso autoasegurado, para asumir las obligaciones a su cargo, las prestaciones serán financiadas por la SRT con cargo al Fondo de Garantía de la LRT.

La insuficiencia patrimonial del empleador será probada a través del procedimiento sumarisimo previsto para las acciones meramente declarativas conforme se encuentre regulado en las distintas jurisdicciones donde la misma deba acreditarse.

Artículo 30. Autoseguro.

Quienes hubiesen optado por el régimen de autoseguro deberán cumplir con las obligaciones que esta ley pone a cargo del empleador y a cargo de las ART, con la excepción de la afiliación, el aporte al Fondo de Reserva de la LRT y toda otra obligación incompatible con dicho régimen.

Capítulo IX

Derechos, deberes y prohibiciones

Artículo 31. Derechos, deberes y prohibiciones.

1. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo:

a) Denunciarán ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, incluido el Plan de Mejoramiento;

b) Tendrán acceso a la información necesaria para cumplir con las prestaciones de la LRT;

c) Promoverán la prevención, informando a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo acerca de los planes y programas exigidos a las empresas;

d) Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento;

e) Informarán a los interesados acerca de la composición de la entidad, de sus balances, de su régimen de alicuotas, y demás elementos que determine la reglamentación;

f) No podrán fijar cuotas en violación a las normas de la LRT, ni destinar recursos a objetos distintos de los previstos por esta ley;

g) No podrán realizar exámenes psicofísicos a los trabajadores, con carácter previo a la celebración de un contrato de afiliación.

2. Los empleadores:

a) Recibirán información de la ART respecto del régimen de alicuotas y de las prestaciones, así como asesoramiento en materia de prevención de riesgos;

b) Notificarán a los trabajadores acerca de la identidad de la ART a la que se encuentren afiliados;

c) Denunciarán a la ART y a la SRT los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos;

d) Cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento;

e) Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento.

3. Los trabajadores:

a) Recibirán de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en la acciones preventivas;

b) Cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento, así como con las medidas de recalificación profesional;

c) Informarán al empleador los hechos que conozcan relacionados con los riesgos del trabajo;

d) Se someterán a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación;

e) Denunciarán ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran.

Artículo 32. Sanciones.

1. El incumplimiento por parte de los empleadores autoasegurados, de las ART y de las compañías de seguros de retiro de las obligaciones a su cargo, será sancionado con una multa de 20 a 2.000 AMPOs (Aporte Medio Previsional Obligatorio), si no resultare un delito más severamente penado.

2. El incumplimiento de los empleadores autoasegurados, de las ART y de las compañías de seguros de retiro, de las prestaciones establecidas en el artículo 20, apartado 1 inciso a) (Asistencia médica y farmacéutica), será reprimido con la pena prevista en el artículo 106 del Código Penal.

3. Si el incumplimiento consistiera en la omisión de abonar las cuotas o de declarar su pago, el empleador será sancionado con prisión de seis meses a cuatro años.

4. El incumplimiento del empleador autoasegurado, de las ART y de las compañías de seguros de retiro de las prestaciones dinerarias a su cargo, o de los aportes a los fondos creados por esta ley será sancionado con prisión de dos a seis años.

5. cuando se trate de personas jurídicas la pena de prisión se aplicará a los directores, gerentes, síndicos, miembros del consejo de vigilancia, administradores, mandatarios o representantes que hubiesen intervenido en el hecho punible.

6. Los delitos tipificados en los apartados 3 y 4 del presente artículo se configurarán cuando el obligado no diese cumplimiento a los deberes aludidos dentro de los quince días corridos de intimado a ello en su domicilio legal.

7. Será competente para entender en los delitos previstos en los apartados 3 y 4 del presente artículo la justicia federal.

Capítulo X

Fondo de la garantía de la LRT

Artículo 33. Creación de recursos.

1. Créase el Fondo de Garantía de la LRT con cuyos recursos se abonarán las prestaciones en caso de insuficiencia patrimonial del empleador, judicialmente declarada.

2. Para que opere la garantía del apartado anterior, los beneficiarios o la ART en su caso, deberán realizar las gestiones indispensables para ejecutar la sentencia y solicitar la declaración de insuficiencia patrimonial en los plazos que fije la reglamentación.

3. El Fondo de Garantía de la LRT será administrado por la SRT y contará con los siguientes recursos:

a) Los previstos en esta Ley, incluido el importe de las multas por incumplimiento de las normas sobre daños del trabajo y de las normas de higiene y seguridad;

b) Una contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados, a fijar por el Poder Ejecutivo nacional, no inferior al aporte equivalente al previsto en el artículo 34.2;

c) Las cantidades recuperadas por la SRT de los empleadores en situación de insuficiencia patrimonial;

d) Las rentas producidas por los recursos del Fondo de Garantía de la LRT, y las sumas que le transfiera la SRT;

e) Donaciones y legados.

4. Los excedentes del fondo, así como también las donaciones y legados al mismo, tendrán como destino único apoyar las investiga-

ciones, actividades de capacitación, publicaciones y campañas publicitarias que tengan como fin disminuir los impactos desfavorables en la salud de los trabajadores. Estos fondos serán administrados y utilizados en las condiciones que prevea la reglamentación.

Capítulo XI Fondo de Reserva de la LRT

Artículo 34. Creación y recursos.

1. Créase el Fondo de Reserva de la LRT con cuyos recursos se abonarán o contratarán las prestaciones a cargo de la ART que éstas dejarán de abonar como consecuencia de su liquidación.

2. Este fondo será administrado por la Superintendencia de Seguros de la nación, y se formará con los recursos previstos en esta ley, y con un aporte a cargo de las ART cuyo monto será anualmente fijado por el Poder Ejecutivo nacional.

Capítulo XII Entes de regulación y supervisión de la LRT

Artículo 35. Creación.

Créase la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación. La SRT absorberá las funciones y atribuciones que actualmente desempeña la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Artículo 36. Funciones.

1. La SRT tendrán las funciones que esta ley le asigna y, en especial, las siguientes:

a) Controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo pudiendo dictar las disposiciones complementarias que resulten de delegaciones de esta ley o de los Decretos reglamentarios;

b) Supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART;

c) Imponer las sanciones previstas en esta ley;

d) Requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus competencias, pudiendo peticionar órdenes de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública;

e) Dictar su reglamento interno, administrar su patrimonio, gestionar el Fondo de Garantía, determinar su estructura organizativa y su régimen interno de gestión de recursos humanos.

f) Mantener el Registro Nacional de Incapacidades Laborales en el cual se registrarán los datos identificatorios del damnificado y su empresa, época del infortunio, prestaciones

abonadas, incapacidades reclamadas y además, deberá elaborar los índices de siniestralidad;

g) Supervisar y fiscalizar a las empresas autoaseguradas y el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad del trabajo en ellas.

2. La Superintendencia de Seguros de la Nación tendrá las funciones que le confieren esta ley, la ley 20.091, y sus reglamentos.

Artículo 37. Financiamiento.

1. Los gastos de funcionamiento de los entes de supervisión se atenderá con la tasa prevista en la ley 20.091 (artículo 81), aplicada sobre las cuotas mensuales que el empleador paga a las ART.

2. Facúltase al Poder Ejecutivo nacional a reasignar las partidas presupuestarias correspondientes con el fin de proveer a la SRT del equipamiento y presupuesto necesario para el presente ejercicio.

Artículo 38. Autoridades y régimen del personal.

1. Un superintendencia, designado por el Poder Ejecutivo nacional previo proceso de selección, será la máxima autoridad de la SRT.

2. la remuneración del superintendente y los funcionarios superiores del organismo serán fijadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la nación.

3. las relaciones del personal con la SRT se regirán por la legislación laboral.

Capítulo XIII Responsabilidad civil del empleador

Artículo 39. Responsabilidad civil.

1. Las prestaciones de esta ley eximen a los empleadores de toda responsabilidad civil, frente a sus trabajadores y a los derechohabientes de éstos, con la sola excepción de la derivada del artículo 1072 del Código Civil.

2. En este caso, el damnificado o sus derechohabientes podrá reclamar la reparación de los daños y perjuicios, de acuerdo a las normas del Código Civil.

3. Sin perjuicio de la acción civil del párrafo anterior el damnificado tendrá derecho a las prestaciones de esta ley a cargo de las ART o de los autoaseguros.

4. Si alguna de las contingencias previstas en el artículo 6º de esta ley hubieran sido causadas por un tercero, el damnificado o sus derechohabientes podrán reclamar del responsable la reparación de los daños y perjuicios que pudieren corresponderle de acuerdo con las normas del Código Civil, de las que se deducirá el valor de las prestaciones que haya percibido o deba recibir de la ART o del empleador autoasegurado.

5. En los supuestos de los apartados ante-

rios, la ART o el empleador autoasegurado, según corresponda, están obligados a otorgar al damnificado o a sus derechohabientes la totalidad de las prestaciones prescriptas en esta ley, pero podrán repetir del responsable del daño causado el valor de las que hubieran abonado, otorgado o contratado.

Capítulo XIV **Órgano tripartito de participación**

Artículo 40. Comité Consultivo Permanente.

1. Créase un Comité Consultivo Permanente de la LRT, integrado por cuatro representantes del Gobierno, cuatro representantes de la CGT, cuatro representantes de las organizaciones de empleadores, dos de los cuales serán designados por el sector de la pequeña y mediana empresa, y presidido por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social de la Nación.

El Comité aprobará por concurso su reglamento interno, y podrá proponer modificaciones a la normativa sobre riesgos del trabajo y al régimen de higiene y seguridad en el trabajo.

2. Este comité tendrá funciones consultivas en las siguientes materias:

- a) Reglamentación de esta ley;
- b) Listado de enfermedades profesionales;
- c) Tablas de evaluación de incapacidades laborales;
- d) Determinación del alcance de las prestaciones en especie;
- e) Acciones de prevención de los riesgos del trabajo;
- f) Indicadores determinantes de la solvencia económica financiera de las empresas que pretenderán autoasegurarse;
- g) Definición del cronograma de etapas de las prestaciones dinerarias;
- h) Determinación de las pautas y contenidos del plan de mejoramiento.

3. En las materias indicadas, la autoridad de aplicación deberá consultar al comité con carácter previo a la adopción de las medidas correspondientes.

Los dictámenes del comité en relación con los incisos b), c), d) y f) del punto anterior tendrán carácter vinculante.

En caso de no alcanzar unanimidad, la materia en consulta será sometida al arbitraje del Presidente del Comité Consultivo Permanente de la LRT previsto en el inciso l, quien laudará entre las propuestas elevadas por los sectores representados.

El listado de enfermedades profesionales deberá confeccionarse teniendo en cuenta la causa directa de la enfermedad con las tareas cumplidas por el trabajador y por las condiciones medio ambientales de trabajo.

Capítulo XV **Normas generales y complementarias**

Artículo 41. Normas aplicables.

1. En las materias no reguladas expresamente por esta ley, y en cuanto resulte compatible con la misma, será de aplicación supletoria la ley 20.091.

2. No es aplicable al régimen de esta ley, el artículo 188 de la ley 24.241.

Artículo 42. Negociación colectiva.

La negociación colectiva laboral podrá:

a) Crear Aseguradoras de Riesgos de Trabajo sin fines de lucro, preservando el principio de libre afiliación de los empleadores comprendidos en el ámbito del Convenio Colectivo de Trabajo;

b) Definir medidas de prevención de los riesgos derivados del trabajo y de mejoramiento de las condiciones de trabajo.

Artículo 43. Denuncia.

1. El derecho a recibir las prestaciones de esta ley comienza a partir de la denuncia de los hechos causantes de daños derivados del trabajo.

2. La reglamentación determinará a los requisitos de esta denuncia.

Artículo 44. Prescripción.

1. Las acciones derivadas de esta ley prescriben a los dos años a contar de la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y, en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral.

2. Prescriben a los 10 (diez) años a contar desde la fecha en que debió efectuarse el pago, las acciones de los entes gestores y de los de la regulación y supervisión de esta ley, para reclamar el pago de sus acreencias.

Artículo 45. Situaciones especiales.

Encomiéndase al Poder Ejecutivo de la Nación el dictado de normas complementarias en materia de:

- a) Plurempleo;
- b) Relaciones laborales de duración determinada y a tiempo parcial;
- c) Sucesión de siniestros; y
- d) Trabajador jubilado o con jubilación postergada.

Esta facultad está restringida al dictado de normas complementarias que hagan a la aplicación y cumplimiento de la presente ley.

Artículo 46. Competencia judicial.

1. Las resoluciones de las comisiones médicas provinciales serán recurribles y se sustanciarán ante el juez federal con competencia en cada provincia ante el cual en su caso se formulará la correspondiente expresión de agravios, o ante la Comisión Médica Central a opción de cada trabajador.

La Comisión Médica Central sustanciará los

recursos por el procedimiento que establezca la reglamentación.

Las resoluciones que dicte el juez federal con competencia en cada provincia y las que dicte la Comisión Médica Central serán recurribles ante la Cámara Médica Central serán recurribles ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. Todas las medidas de prueba, producidas en cualquier instancia, tramitarán en la jurisdicción y competencia donde tenga domicilio el trabajador y serán gratuitas para éste.

2. Para la acción derivada del artículo 1072 del Código Civil en la Capital Federal será competente la justicia civil.

Invítase a las provincias para que determinen la competencia en esta materia según el criterio establecido precedentemente.

3. El cobro de cuotas, recargos e intereses adeudados a las ART así como las multas, contribuciones a cargo de los empleadores privados autoasegurados y aportes de las ART, se harán efectivos por la vía del apremio regulado en los códigos procesales civiles y comerciales de cada jurisdicción, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por la ART o por la SRT. En la Capital Federal se podrá optar por la justicia nacional con competencia en lo laboral o por los juzgados con competencia en lo civil o comercial.

En las provincias serán los tribunales con competencia civil o comercial.

Artículo 47. Concurrencia.

1. Las prestaciones serán abonadas, otorgadas o contratadas a favor del damnificado o sus derechohabientes, según el caso, por la ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotizaciones a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Cuando la contingencia se hubiera originado en un proceso desarrollado a través del tiempo y en circunstancias tales que se demostrara que hubo cotización o hubiera debido haber cotización a diferentes ART; la ART obligada al pago según el párrafo anterior podrá repetir de las restantes los costos de las prestaciones abonadas u otorgadas a los pagos efectuados, en la proporción en la que cada una de ellas sea responsable conforme al tiempo e intensidad de exposición al riesgo.

Las discrepancias que se originen en torno al origen de la contingencia y las que pudieran plantearse en la aplicación de los párrafos anteriores, deberán ser sometidas a la SRT.

2. Cuando la primera manifestación invalidante se produzca en circunstancia en que no exista ni deba existir cotización a una ART las prestaciones serán otorgadas, abonadas, o contratadas por la última ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotiza-

ciones y en su caso serán de aplicación las reglas del apartado anterior.

Artículo 48. Fondos de garantía y de reserva.

1. Los fondos de garantía y de reserva se financiarán exclusivamente con los recursos previstos por la presente ley. Dichos recursos son inembargables frente a beneficiarios y terceros.

2. Dichos fondos no formarán parte del presupuesto general de la administración nacional.

Artículo 49. Disposiciones adicionales y finales.

Disposiciones adicionales

Primera: Modificación de la ley 20.744.

Sustitúyese el artículo 75 de la ley 20.744, por el siguiente texto:

1. El empleador está obligado a observar las normas legales sobre higiene y seguridad en el trabajo, y a hacer observar las pautas y limitaciones a la duración del trabajo establecidas en el ordenamiento legal.

2. Los daños que sufra el trabajador como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones el apartado anterior, se regirán por las normas que regulan la reparación de los daños provocados por accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales, dando lugar únicamente a las prestaciones en ellas establecidas.

Segunda: Modificaciones a la ley 24.241.

Sustitúyese el artículo 177 de la ley 24.241 por el siguiente texto:

El seguro del artículo anterior sólo podrá ser celebrado por las entidades aseguradoras que limiten en forma exclusiva su objeto a esta cobertura y a las prestaciones de pago periódico previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo.

Tales entidades podrán operar en otros seguros de personas, que resulten complementarios de las coberturas de seguros de retiro, deberán estar autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y su razón social deberá contener la expresión "seguros de retiro".

Tercera: Modificaciones a la ley 24.028.

Reemplázase el primer párrafo del artículo 15 de la ley 24.028 por el siguiente:

El trabajador que sufra un daño psicofísico por el hecho o en ocasión del trabajo durante el tiempo que estuviese a disposición del empleador, deberá —previo al inicio de cualquier acción judicial—denunciarlo, a fin de iniciar el procedimiento administrativo obligatorio de conciliación, ante la autoridad administrativa del trabajo. Los jueces no darán traslado de las demandas que no acrediten el cumplimiento de esta obligación.

Cuarta: Compañías de seguros.

1. Las aseguradoras que a la fecha de

promulgación de esta ley se encuentren operando en la rama de accidentes de trabajo podrán:

a) Gestionar las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT, siendo sujeto, exclusivamente en lo referente a los riesgos del trabajo, de idénticos derechos y obligaciones que las ART, a excepción de la posibilidad de contratar con un beneficiario una renta periódica, de la obligación de tener objeto único y las exigencias de capitales mínimos. En este último caso, serán de aplicación las normas que rigen la actividad aseguradora general. Recibirán además igual tratamiento impositivo que las ART.

Los bienes que respalden las reservas derivadas de esta operatoria estarán sujetos al régimen de esta LRT, deberán ser registrados y expresados separadamente de los correspondientes al resto de sus actividades, y no podrán ser afectados al respaldo de otros compromisos.

En caso de liquidación, estos bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT y no podrán ser afectados por créditos o acciones originados en otras operatorias.

b) Convenir con una ART la transferencia de la totalidad de los siniestros pendientes como consecuencia de esa operatoria, a la fecha que determine la Superintendencia de Seguros de la nación debiendo, en tal caso ceder igualmente los activos que respalden la totalidad de dichos pasivos.

Quinta: Contingencias anteriores.

1. Las contingencias que sean puestos en conocimiento del empleador con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley darán derecho únicamente a las prestaciones de la LRT, aun cuando la contingencia fuera anterior, y siempre que no hubiere prescripto el derecho conforme a las normas de esta ley.

2. En este supuesto el otorgamiento de las prestaciones estará a cargo de la ART a la que el empleador se encuentre afiliado, a menos que hubiere optado por el régimen de autoseguro o que la relación laboral con el damnificado se hubiere extinguido con anterioridad a la afiliación del empleador de la ART.

Disposiciones finales

Primera: Esta LRT entrará en vigencia una vez que el comité consultivo permanente apruebe por consenso el listado en enfermedades profesionales y la tabla de evaluación de incapacidades.

Tal aprobación deberá producirse dentro de los 180 días desde la promulgación de esta ley.

Hasta tanto el comité consultivo permanente se expida, el Poder Ejecutivo nacional se encuentra facultado por única vez y con carác-

ter provisorio a dictar una lista de enfermedades y la tabla de evaluación de incapacidades.

Segunda:

1. El régimen de prestaciones dinerarias previsto en esta ley entrará en vigencia en forma progresiva. Para ello se definirá un cronograma integrado por varias etapas previendo alcanzar el régimen definitivo dentro de los tres años siguientes a partir de la vigencia de esta ley.

2. El paso de una etapa a la siguiente estará condicionado a que la cuota promedió a cargo de los empleadores asegurados permanezca por debajo del 3% de la nómina salarial. En caso que este supuesto no se verifique se suspenderá transitoriamente la aplicación del cronograma hasta tanto existan evidencias de que el tránsito entre una etapa a otra no implique superar dicha meta de costos.

3. Durante la primera etapa el régimen de prestaciones dinerarias correspondiente a la incapacidad permanente parcial será el siguiente:

para el caso en que el porcentaje de incapacidad permanente fuera igual o superior al 50% e inferior al 66% y mientras dure la situación de provisionalidad, el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes. Una vez finalizada la etapa de provisionalidad se abonará una renta periódica cuyo monto será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes. En ningún caso el valor actual esperado de la renta periódica en esta primera etapa podrá ser superior a \$ 55.000. Este límite se elevará automáticamente a \$ 110.000, cuando el Comité Consultivo Permanente resuelva el paso de la primera etapa a la siguiente.

En el caso de que el porcentaje de incapacidad sea inferior al 50% se abonará una indemnización de pago único cuya cuantía será igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Esa suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar 55.000 por el porcentaje de incapacidad.

Tercera:

1. La LRT será de aplicación a las acciones judiciales iniciadas con anterioridad a su vigencia salvo lo dispuesto en el apartado siguiente.

2. Las disposiciones adicionales primera y tercera entrarán en vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.

3. A partir de la vigencia de la presente ley, deróganse la ley 24.028, sus normas complementarias y reglamentarias y toda otra norma que se oponga a la presente.

Artículo 50. Sustitúyese el artículo 51 de la ley 24.241 por el siguiente:

Artículo 51: Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados: tres (3) por la superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y dos (2) por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, los que serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes. Contarán con la colaboración del personal profesional, técnico y administrativo.

Los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones serán financiados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación.

Como mínimo funcionará una comisión médica en cada provincia y otra en la ciudad de Buenos Aires.

Artículo 51. Comuníquese al Poder Ejecutivo. – Alberto R. Pierri – Carlos F. Ruckauf – Esther H. Pereyra Arandia de Pérez Pardo – Edgardo Pluzzi.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires. A los trece días del mes de setiembre del año mil novecientos noventa y cinco.

LIBRO XX

EL MÉDICO ANTE LAS EMERGENCIAS Y CASTÁSTROFES

José A. Patitó

1. INTRODUCCIÓN

Si bien la violencia ha sido una presencia constante en el devenir histórico de la humanidad, el desarrollo tecnológico como fenómeno contemporáneo permitió albergar la esperanza de una evolución social de similar refinamiento, que privilegiara el inalienable derecho del ser humano a vivir en plenitud y a morir con dignidad.

Lamentablemente esa previsión no se cumplió.

Vivimos un presente que niega en vez de afirmar esos derechos exponiéndonos a nuevas e impensables formas de violencia.

Los desastres en masa colocan a la Medicina, más específicamente a la Medicina Forense frente a situaciones que requieren disposiciones especiales para ser aplicadas dentro de la estrategia médico-legal.

La tarea médica ante situaciones de catástrofes colectivas entrañan una gran complejidad que debe ser abordada con *idoneidad y precisión* puesto que la tarea tendrá que cumplirse en situaciones sumamente adversas por el hecho *trágico per se y por la demanda y presión social* que exigen, en primer lugar celeridad y exactitud diagnóstica sobre *víctimas fatales y sobrevivientes*.

El concepto de *catástrofe* se aplica a "todo acontecimiento inesperado e imprevisto, perjudicial para la colectividad humana que lo sufre, de aparición sorpresiva y rápida que, las más de las veces, supera los medios de auxilio disponibles".

En realidad no afecta a individuos aislados sino a un sector poblacional presente en la zona, trastorna el devenir, hasta ese momento habitual de la vida social, incide desfavorablemente sobre la economía y la salud, genera numerosas víctimas —muchas fatales—, y crea simultáneamente repudio —en algunos casos—, y solidaridad social.

2. CLASIFICACIÓN DE LAS CATÁSTROFES

Las catástrofes pueden clasificarse según su origen y causas en la siguiente forma:

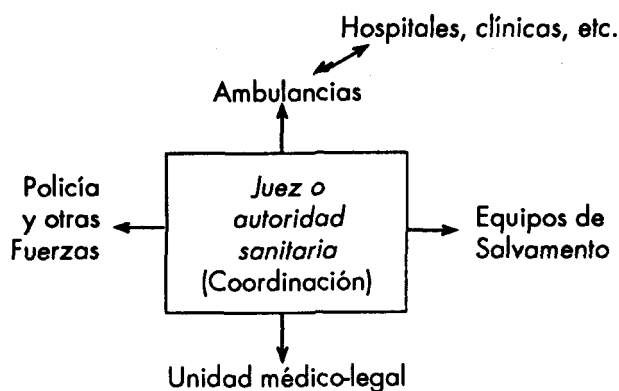
Catástrofes	Según su origen	Naturales Accidentales Provocadas
	Según su causa específica	Explosiones Incendios Derrumbes Inundaciones Naufragios Caída o choques de aeronaves Descarrilamiento y choques de trenes Choques en cadena Terremotos Huracanes Suicidios colectivos Ruptura de centrales nucleares con pérdida de material radiactivo

3. OBLIGACIONES DEL MÉDICO EN LAS CATÁSTROFES

En la ley 17.132 encontramos una referencia a este tema en la parte que trata de las "Obligaciones de los médicos". En efecto en el artículo 19º inciso 1º se establece que los profesionales que ejercen la medicina están obligados a ... "Prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias".

4. MEDICINA LEGAL Y CATÁSTROFES

Uno de los esquemas de trabajo a aplicar en las grandes catástrofes en las que interviene el personal médico podría ser el siguiente, siendo la figura que coordina todas las tareas, según el origen de la catástrofe, el juez o la autoridad sanitaria respectiva:



Las características de la *Unidad Médico-legal* se refieren a su conformación y objetivos.

1) *Conformación*: Por las tareas a cumplir de acuerdo a los objetivos que se persiguen este equipo debe estar integrado por personal altamente especializado en este tipo trabajo a saber: médicos, odontólogos y radiólogos forenses.

2) *Objetivos*: Los objetivos están divididos fundamentalmente en dos áreas: la *Lesionológica* y la *Tanatológica*.

2.A) *Area lesionológica*: Se efectúa con los sobrevivientes de una catástrofe y comprende el estudio de las lesiones con el fin de determinar:

- qué tipo de lesión presentan;
- en lo posible, tratar de individualizar el agente productor;
- medida de la gravedad, y,
- en caso que correspondiere, el grado de incapacidad sobreviniente con el objeto de calcular una eventual indemnización.

2.B) *Area tanatológica*: Las víctimas mortales de un hecho de esta naturaleza requieren la práctica de la autopsia médico-legal.

En este caso particular se debe realizar:

EL MÉDICO ANTE LAS EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES

a) La identificación a través de las diversas técnicas utilizadas por lo que nos remitimos al Capítulo de Criminalística (Identificación médico-legal) tanto de cadáveres como de restos humanos, y,

b) La determinación de la causa y mecanismos de la muerte con el objetivo de establecer la correspondencia entre el elemento que causó la catástrofe y la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Aborto. Denuncia por un médico. Improcedencia del sumario.
Fallo 56.394/66
Cámara Acriminal y Correccional de la Capital.
Plenario (26-VIII-66)
La Ley 28-IX-66
- Achával, A.
Las modificaciones al artículo 119 del Código Penal efectuadas por la ley 25.087:
"Delitos contra la integridad sexual".
Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires, septiembre 15 de 1999.
Número 6159; 2-11.
- Achával, A.
Manual de medicina legal. Práctica forense.
2ª edición actualizada.
Editorial Policial. Buenos Aires, 1979.
- Aitken, C.G.G.
Statistics and the evaluation of evidence for forensic scientist.
Statistics in practice, 1995.
John Wiles and Sons Ltd, England.
- Altrudi, R. D. y Logo, M. E.
Valor probatorio de la historia clínica realizada en sistemas informáticos.
Prens. Med. Arg., 1999-86:396-400.
- Allemand, D. H.
Aspectos éticos y legales de las nuevas tecnologías en reproducción humana.
Monografía, 1996.
Biblioteca de la Facultad de Medicina, U.B.A.
- Anderson, S. et al.
Sequence and organization of the human mitochondrial genome.
Nature, Vol. 290, 9 April, 1981.
- Angrist, A.
Fitting the ond-fashioned autopsy into the modern medical scene.
The American Journal of Clinical Pathology.
1996, Vol. 45, february: 202-207.
- Annas, G. J.
Scientific evidence in the courtroom.
N. Engl. Journ of Med., April 7, 1994; 1018.
- Bass, M. et al.
Death scene investigation in sudden infant deaths.
N. Engl. J. Med., 1986-15; 100-105.
- Beckwith, J. B.
Discussion of terminology and definition of the sudden infant death syndrome.
Proceedings of the Second International Conference on causes of sudden infant death
in infants.
Seattle: University of Washington Press., 1970-14.
- Berry, P. J.
Pathological findings in S.I.D.S.
J. Clin. Pathol., 1992-45:11-16.

- Berlinerbleau, V.; Pantin D. J.
Maltrato infantil. El accionar del médico en la instancia legal. El testimonio del niño/a que alega mal trato.
Pren. Med. Argent 1996-83:381-390.
- Blake, E., et al.
Polimerasa chain reaction (PCR) amplification and human leukocyte antigen (HLA) – D oligonucleotide typing on biological evidence samples: casework experience.
Journal of Forensic Science, 1992, Vol. 37:700-726.
- Bocacci, R.
La transfusión de sangre en los Testigos de Jehová. Mesa de expertos. Análisis de temas controvertidos.
III Jornada de prevención del riesgo legal de la praxis médica.
Asociación de Médicos Municipales. Buenos Aires, 6-11-97.
- Bonnet, E. F. P.
Medicina Legal.
Segunda edición, López Libreros Editores S.R.L., Buenos Aires, 1980.
- Brangold, M.
Responsabilidad médica
Monografía, 1998.
Biblioteca de la Universidad de General San Martín.
- Briñon, E. N.
Odontología legal y práctica forense.
Purinzon. A. Ediciones y Librería, Buenos Aires, 1982.
- Brookfield, J. F. Y.
The effect of relatedness on likelihood ratios and the use of conservative estimates.
Genetics 1995-96:13-19.
- Budowle B. et al.
Fixes –bin for statistical evaluation of continuous distributions of allelic data from VNTR loci for use in forensic comparisons.
AM J Genet. 1991-48:841-855.
- Budowle, B. et al.
A perspective on the polemic on DNA statistical inferences in forensics.
Promega Corporation, Madison Wisconsin, 1993.
- Burri, P. H.
Fetal and postnatal development of the lung
Ann Rev Physiol, 1984-46:617-28.
- Byard, R. W. et al.
Fatal and near fatal autoerotic asphyxial episodes in women.
The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 1993-14(1):70-73.
- Byard, R. W. et al.
¿How useful is postmortem examination in sudden infant death syndrome?
Pediatr. pathol., 1994-14:817-822.
- Byard, R. W. et al.
Minor inflammatory lesions and sudden infant death causa, ¿coincidence or epiphenomena?
Pediatr. Pathol., 1995-15; 649-54.
- Byard, R. W.
Sudden infant death syndrome a "diagnosis" in search of a disease.
J. Clin. Forensic Med, 1995-2:121-8.
- Cabello, V. P.
Psiquiatría Forense en el Derecho Penal
Editorial Hammurabi, Buenos Aires, 1982.
- Califano, J. F. y Medone, A.
Mala praxis médica. Comentarios a las conclusiones de la Jornada Universitaria.
pren. Med. Argent., 1996-83:159-162.

BIBLIOGRAFÍA

- Cárdenas, E. J., Grimson, R. y Alvarez, J. A.
El juicio de insania y la internación psiquiátrica.
Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985.
- Certificación y recertificación profesional. Definiciones y marco normativo. Resolución Nro. 498/99 del Ministerio de Salud y Acción Social.
B.O. 29.1999.
- *Código Civil de la República Argentina.*
AZ Editora, Buenos Aires, 22ª edición, 1996.
- *Código de Ética Médica*
Confederación Médica de la República Argentina (C.O.M.R.A.). Aprobado el 17 de abril de 1995.
- *Código Penal*
AZ Editora, Buenos Aires.
22ª edición, 1996.
- *Código Penal*
Modificación del Título III
Proyecto de ley. Expte. 0398-D-97.
Bibliot. del Congreso de la Nación.
- *Código Procesal Penal (Ley 23.984).*
Ghaem Editorial, 1991.
- *Constitución de la Nación Argentina*
AZ Editora, Buenos Aires, 14ª edición, 1997.
- Copeland, A. R.
Accidental childhood deaths. The metropolitan Dade Conty experience 1978-1982.
The AM Journal of Forensic Med. Pathol., 1986-7:100-3.
- Creus, Carlos
Delitos sexuales según la ley 25.087. Jurisprudencia Argentina, Nº 6151; 21/7/99; 2-9.
- *Criterios diagnósticos en psiquiatría*
Masson S.A.
Barcelona, 1995.
- Corey, T. S. et al.
Unnatural deaths in nursing home patients.
Journal of Forensic Science Int., 1992-37:222-227.
- Covelli, J. L.
El síndrome judicial
Prens Med. Argent. 1998-85:113-32.
- Cragno, N. y Estévez, S. A.
Comités Hospitalarios de Ética: naturaleza y función.
J. A. Octubre 28 de 1998, número 6113:32-36.
- Creus, Carlos
Delitos sexuales según la ley 25.087
Jurisprudencia argentina, Bs. As., julio 21 de 1999, Nº 6151; 2-9.
- Cuerpo Médico Forense
Estrategia médico-legal frente a una catástrofe colectiva: "El caso A.M.k.A."
Buenos aires, 1994.
- Curci, O. H.
Toxicología.
López Libreros Editores S.R.L., Buenos Aires, 1994.
- Chirico, A. y col.
Diagnóstico clínico de muerte encefálica: aplicación del test de apnea.
Pren Med. Argent., 1998-85:1791-1801.
- Chakroborty, R. et al.
the utility of DNA typing in forensic work
Science, 1991-254:1735-1739.

- Chardez, O. et Lambert, J.
Protozoaires cilies et thanatologie
Journal of Forensic Science Int, 1995-28:83-86.
- Davis, J.
Bodies found in the water.
The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 7 (4):291-297, 1986.
- Declaración Universal de Derechos Humanos.
El derecho al trabajo.
El coreo de la Unesco, noviembre de 1978, Año XXXI, pág. 9.
- Decreto-ley 7771/56 (Tratado de Montevideo de 1940)
B.O. 8-V-56.
- Decreto-ley 1285 del 4 de febrero de 1958.
Organización de la Justicia nacional.
B.O. 7-II-58.
- Decreto-ley 8204/63.
Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas.
B.O. 8-X-63.
- Decreto 1244/91.
Reglamentación de la ley de lucha contra el S.I.D.A.
- Decreto 235/96.
Reglamentación de la ley 24.417.
B.O. 28.350 del 8-3-96.
- Decreto 658/96.
Listado de Enfermedades Profesionales.
- Decreto 659/96.
Tabla de evaluación de incapacidades laborales.
- Decreto 512/95.
Reglamentación de la ley 24.193.
Bol. Oficial, 17-4-95.
- Decreto 1414/97.
Programa nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Aplicación.
Objetivos.
Bol. Of. del 30-12-97.
- Delgado Bueno,
Psiquiatría legal y forense
Editorial Colex, Madrid, 1994.
- Delitos contra la fe pública: falsificación de instrumento público. Tipicidad.
C. Nac. Crim. y Correcc. Sala 1ª 23-4-96 (Mansilla C.J.O.).
J.A. Marzo 12 e 1997, número 6028:662-64.
- *Delitos contra la integridad sexual (ley 25.087)*
Debates. Cámara de Diputados: 17ª reunión del 10-6-98 y Honorable Senado de la Nación: versión taquigráfica de la sesión ordinaria del 14-4-99.
Biblioteca del Congreso de la Nación.
- Delitos contra las personas: homicidio, dolo eventual, autoría y participación.
C. Penal de Santa Fe.
Sala 3, 10-6-97 (Calabrerse, J. M. y otros).
J.A. Julio 1 de 1998, número 1096:20-22.
- Devlin, B.
Forensic inference from genetic markers. Statistical methods in medical research.
Science 1993-259:220-237.
- Devlin et al.
Comments on the statistical aspects of the NCR's report on DNA typing.
Journal of Forensic Sciences, 1994-39(1):28-40.

BIBLIOGRAFÍA

- De Vita Jr. V. T. et al.
AIDS Etiology, diagnosis, treatment and prevention.
Third edition, J. B. Lippincott Co. Philadelphia, 1992.
- Di Bartolo, I. y col.
Comité de Bioética del Hospital Alemán. Experiencia de un año de trabajo.
Prens. Med. Argent., 1995-82:556-564.
- Di Maio, D. J. and Di Maio, V. J. M.
Forensic pathology.
CRC Press. New York. Elsevier, 1989.
- Di Maio, V. J. M.
Gunshot wounds. Practical aspects of firearms, ballistics and forensic techniques.
CRC Press. New York. Elsevier, 1993.
- Do Pico, A. V. y Cortecci, L.
Culpabilidad o inculpabilidad médica. Iatrogenia. Enfoque médico-legal.
Revista de la Asociación de Magistrados y Funcionarios de la Justicia Nacional.
Año VIII. Enero-junio, 1990, pág. 75-87.
- Do Pico, J. C.
La responsabilidad civil del médico. Iatrogenia como causal de inimputabilidad.
Prens. Med. Argent., 1989-76:119-121
- Do Pico, J. c.
Reflexiones sobre la historia clínica. protocolo indispensable para poner a salvo la responsabilidad del médico.
Revista de la Asociación Médica Argentina, vol. 110, Nro. 2 de 1997, 40-44.
- Eckert, W. G. and Texeira, W. R. G.
The identification fo Joseph Mengele
The American Journal of Forensic Medicine and Pathology.
1985 6(3); 188-191.
- Edwards, A. et al.
DNA tiping and genetic mapping with trimeric and tetrameric tandem repeats.
Am J. Human Genet., 1991-49:746-756.
- Evett, J. W. et al.
A guide to interpreting single locus profiles of DNA mixtures in forensic cases.
J. of Forensic SCI Soc., 1991-31:41-47.
- Evett, J. W.
Evalattings DNA profiles in a case where the defense is: "It was my brother".
Journal of Forensic Science Soc., 1992-32:5-14.
- Fanjul, A. J.
Una vexatia questio: maniobras abortivas y secreto médico. A propósito de un reciente fallo judicial.
Pren. Med. Argent., 1999-86:186-190.
- Fecundación Asistida – Proyectos legislativos.
Boletín de la biblioteca del Congreso de la Nación.
Nro. 118, 1995.
- Flaherty, J. C. y col.
Alteraciones cicatrizales del rostro. Incapacidades desde el aspecto laboral y civil.
Baramo.
Pren. Med. Argent., 1996-83:362-366.
- Fleming, P. J.
Conocimiento y prevención del síndrome de muerte súbita infantil.
Pediatrics (Ed. Española) 1994-1:33-38.
- Fleming, P. J. et al.
Interactions between hemoregulation and the control of respiration in infants. Possible relationship with sudden infant death.
Acta Paediatr., 1993-82 (Suppl.) 57-9.

- Flobecker, P. et al.
Accidental deaths from asphixia.
The Am. J. of Forensic Med. and Path., 1993-14(1):74-79.
- Freedman, A. M.; Kaplan, H. I. y Sadock, B. J.
Tratado de Psiquiatría
Traducción española de la segunda edición original norteamericana.
Salvat editores S.A. Barcelona, 1982.
- Fournier, E.
Elements de Medicine Legale
Flammarion Medicine, 4ª edition, Paris, 1973.
- García Andrade, J. A.
Psiquiatría Criminal y Forense.
Editorial Centro de Estudios Ramón Arces S.A., Madrid, 1993.
- Gennesar, F.
Histología.
Editorial Médica Panamérica, Buenos Aires, 1984.
- Gisbert Calabuig, J. A.
Medicina Legal y Toxicología.
5ª edición, Masson S.A., Barcelona, 1998.
- Grosman, C. P. y col.
Violencia en la familia.
Editorial Universidad, Buenos Aires, 1989.
- Grosman, C. P. y col.
Maltrato al menor. El lado oculto de la escena familiar.
Editorial Universidad, Buenos Airse, 1992.
- Guo, S. W. and Thompson, E. A.
performing the exact test of Hardy-Weinberg proportion for multiple alleles.
Biometrics, 1992-48:361-372.
- Harm, T. and Rajs, J.
Type of injuries and interrelated conditions of victims and assailants in attempted and homicide strangulations.
Forensic Science Internat., 1988-9:32-34.
- hatton, F. et al.
Autopsies of sudden infant death syndrome. Clasifdcation and epidemiology.
Acta Paediatric, 1995-84(12):1366-1370.
- Historias clínicas. Exhibición obligatoria.
Ex Concejo deliberante de la Ciudad de Buenos Aires.
Ordenanza Nro. 51.459 del 3-4-97.
- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Departamento de Medicina.
Normas de Atención del Síndrome de Maltrato Infantil, 1991.
- Hutchings, G. M. and the Autopsy Committee of the College of American Pathologists.
practice guidelines for autopsy pathology.
Arch. Pathol. Lab. and Med., 1994-118:19-25.
- Irgens, L. M. and Oyen, N.
Epidemiological definition.
Acta paediatr., 1993-82 (Suppl):110-14.
- Jaffe, F. A.
Patechial hemorrhages. A review of pathogenesis.
Am. Journal Forensic Med. and Pathol., 1994 15(3):203-207.
- Jakob, M.
Honorarios judiciales del perito médico.
Monografía, 1996.
Biblioteca de la Universidad Católica de Salta.

BIBLIOGRAFÍA

- Jeffreys, A. et al.
Spontaneous mutation rates to new length alleles at tandem repetitive hypervariable loci in human DNA.
Nature, 1988, vo. 332.
- Jeffreys, A. et al.
Principles and recent advances in human DNA fingerprinting: approaches and applications.
Birkhäuser, Verlag Basel Switzerland, 1991.
- Jerusalinsky, A.
Discapacidad y sexualidad.
El Cisne, febrero 2000, Año IX, IV, 114, 12-13.
- Karlsmarck, T. et al.
The morphogenesis of electrically and heat induce dermal changes in pig skin.
forens. Science Internt, 1988-39:175-188.
- Karlsmarck, T. et al.
Tracing the use of electrical torture.
The Am. J. of Forensic Medic. and Pathol., 1984 5(4):333-337.
- Kaye, D. H.
The forensic debut of the NRC's DNA reports: population structure, ceiling frequencies and the need for numbers.
Genética, 1995-96:99-105.
- Kaye, S.
The rebirth and blooming of forensic medicine.
The Am. Journ of Forensic Medic. and Pathol., 1992-13(4):299-394.
- Kirschner, R. H.; Stein, R. J.
The mistaken diagnosis of child abuse.
Am. J. Dis. Child, 1985-139:873-875.
- Kitchin, P. A. et al.
Avoidance of false positives
Nature, 1990-344: Scientific correspondence.
- Knight, B.
Forensic Pathology.
Edward Arnold E., London, 1991.
- Krous, H. F.
An international standardized autopsy protocol for sudden unexpected infant death.
Scandinavian University Press, 1995:81-95, Oslo.
- Lacassagne, A.
Précis de Médecine Légale.
Masson et Cie. Editeurs.
Paris, 1909.
- Laposata, E.
Positional asphyxia during law enforcement transport.
The Am. J. of Forensic Medic. and Pathol., 1993-14(1):86-87.
- Lado Nro. 405-96.
Manual de procedimiento para el diagnóstico de las enfermedades profesionales.
Buenos Aires, Ministerio de Trabajo.
- Lawler, W.
Death by reverse suspension.
The Am. J. of Forensic Medic. and Pathol., 1993-14(1):87-88.
- Lewontin, R. C. et al.
Population genetics in forensic DNA typing.
Science, 1991-254:1745-1750.
- Ley 3.192.
Tratado de Derecho Civil de Montevideo de 1889.
R.N., t. II, págs. 761-792.

- Ley 12.331
profilaxis de enfermedades venéreas.
B.O. 11-1-1937.
- Ley 14.586.
Registro del estado civil de las personas de la ciudad de Buenos Aires.
B.O. 3-XI-58.
- Ley 15.465.
Sobre notificación obligatoria en todo el país de los casos de enfermedades transmisibles.
29-IX-60.
- Ley 16.668.
Certificado prenupcial femenino.
B.O. 21-VII-1965.
- Ley 17.132 y Decreto Reglamentario Nro. 6216/67.
Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración.
- Ley 17.671.
Ley de identificación, registro y clasificación del potencial humano nacional.
B.O. 12-3-68.
- Ley 23.264.
Modificación de las disposiciones sobre el máximo de tiempo de embarazo, menores, filiación y patria potestad.
- Ley 22.914.
Internación de enfermos mentales.
- Ley 23.796.
Ley de lucha contra el SIDA y el decreto reglamentario Nro. 1244/91.
- Ley 23.737.
Estupefacientes. Modificaciones al Código Penal.
B.O. 11-X-89.
- Ley 23.849.
Convención sobre los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York el 20-11-89.
B.O. del 22-X-90.
- Ley 23.873.
Ejercicio de la medicina y odontología. Sustitución del art. 21 y 31 de la ley 17.132.
- Ley 24.050.
Competencia Penal del Poder Judicial de la Nación.
- Ley 24.417.
Protección contra la violencia familiar. Modificación del Código Procesal Penal.
B.O. 3-1-95.
- Ley 24.193.
Ley de transplante de órganos y material anatómico humano.
B.O. del 26-4-93.
- Ley 24.521.
Ley de educación superior. Modificación y derogación de diversas normas.
B.O. 10-8-95.
- Ley 24.540.
Régimen de identificación de los recién nacidos.
B.O. 22-9-95.
- Ley 24.557.
Ley de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
B.O. 4-10-95.
- Ley Nro. 153 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (16-2-99).
Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 25.087.
Delitos contra la integridad sexual. Modificaciones al Código Penal.
Sancionada el 14-4-99 y promulgada el 7-5-99.
- Ley 25.189.
Lesiones y homicidio culposo. Modificaciones al Código Penal.
Sancionada el 29-9-99.
- Lander, E.
Research on DNA typing ctin up with courtroom application.
Am Journ. Hum. Genet., 1991-49:746-756.
- Luke, J. L. et al.
Correlation of circumstances with pathological findings in asphyxial deaths by hanging.
Journal of Forensic Sciences, 1985-30:1140-1147.
- Maccagno, A. y ocl.
La mala práctica médica a través de fallos judiciales: análisis de la casuística del
Cuerpo Médico Forense.
Medicina Forense, 1997-Año I, 4-13.
- Marco Ribe; Marti Tusquets, J. L.; Pons Bartran, R.
Psiquiatría Forense.
Salvat Editores S.A., Barcelona, 1990.
- Marianetti, J. E.
Emoción violenta.
Ediciones Jurídicas, Cuyo, Mendoza, 1995.
- Mariona, M. F. G. y Sandoval Luque, E.
Breves reflexiones sobre la Historia Clínica.
J.A. julio 8 de 1998, Número 6097:25-31.
- Mariona, F.; Chouela, E.; Rebor, D.; Sandoval Luque, E. Tasson, J. J.; González, S.
M.; Salinas, R. y Arzamendia, S.
Derecho médico: historia clínica manuscrita e historia clínica informatizada. Medios
de prueba válidos en sede judicial.
Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. III, Nro. 2 de 1998.
- Martínez Ferreti, J. M.
Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales.
Revista de Psiquiatría Forense.
Asociación Argentina de psiquiatras. Año 5, Vo. III, 1-9.
- Marquez, M. y Verde, C.
S.I.D.A. Prevención y buena praxis.
Prens. Med. Argent., 1996-83:263-266.
- Masson, J. K.
Pediatric forensic medicine and pathology.
Chapman & Hall, London, 1989.
- matsumoto, H. and Fukui, Y.
A simple method for diatoms detecting in drowning.
Forensic Science Internt., 1993-60(1-2):91-5.
- Meefor, M.
Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Thomas y Burn out.
Revista de la A.M.A., Vol. 110, Nro. 2 de 1997, 35-39.
- Médico: responsabilidad médica. Culpa. Omisiones en la redacción de la historia
clínica.
C. Nac. Civil., Sala 1ª 121-97 (I.I. v/Munic. de la Ciudad de Buenos Aires).
J.A. Bs. As., marzo, 4 de 1998, número 6079:40-44.
- Medina, G. y leal de Ibarra, J.
El derecho a una "muerte digna"
J.A., Bs. A., febrero 5 de 1997, número 6023:2-9.

- Millon, T.
Trastornos de la personalidad más allá del D.S.M. IV
Masson S.A., Barcelona, 1998.
- Miller, K. W. et al.
Concordance of nucleotide substitutions in the first and second hypervariable segments of the human DNA control region.
Int. J. Legal Medicine, 1996-109:107-113.
- Morton, N.
Alternative approaches to population structure.
Genética, 1995-96:139-144.
- *Muerte encefálica.*
Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.
Resolución 34-98 del Ministerio de Salud y Acción Social.
B.O. 28.865.
- Musachio de Zan y Ortiz Fargola, A.
Drogadicción.
Editorial Paidós, Buenos Aires, 1992.
- Nakamura, Y. et al.
Variable number of tandem repeat VNTR markers for human gene mapping.
Science 1987-235:1616-1627.
- National Research Council. D.N.A. Statistical bases for interpretation.
DNA Technology in Forensic Science.
national Academy press, Washington D.D., 1992:74-96.
- Patitó, J. A. y Curia, M. T.
Secreto médico y S.I.D.A.
prens. Med. Argent., 1996:83:344-47.
- *Plan de estadísticas vitales. Instrucciones y ejemplos para la certificación de causa de muerte.*
Ex-Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Estadística, octubre de 1964.
- Poggi, V. L. y Poggi, C. F.L.
Aborto terapéutico. ¿Es necesaria la autorización judicial?
Prems. Med. Argent., 1996-83:319-321.
- Ponsold, A.
Sumersión (en Manual de Medicina Legal).
Editorial Científico-médica, Barcelona, 1955.
- Potter's
Pathology of the fetus and infant
Edited by Gilbert Barnes.
Mosby, 1997.
- Proceso Penal: excarcelación de enfermo de S.I.D.A.
Juzg Crim. y Correcc. de Mar del Plata.
J.A. Buenos Aires, marzo 5 de 1997, número 6027:71-72.
- *Propuesta normativa perinatal.*
Ministerio de Salud y Acción social de la Nación.
Resolución 108 (SS), junio de 1995.
- Simonin, C.
Medicina Legal Judicial.
Editorial Jims.
2ª edición, Barcelona, 1966.
- Simonsen, J.
Patho-anatomic finding in neck structures in asphyxiation due to hangin: a survey of 80 cases.
Forensic Science Internt., 1988-38:83-91.

BIBLIOGRAFÍA

- Solorzano Nino, R.
Psiquiatría Clínica y Forense
Editorial Temis, Bogotá, 1990.
- Stonney, D.
Reporting of highly individual genetics typing results: a practical approach.
J. Forensic Scienc., 1992-37(2), 21-23.
- Stoneking, M. et al.
Population variation of human DNA control region sequences detected by enzymatic amplification and sequence specific oligonucleotide probes.
Am. J. Hum. Gen., 1991, 481:370-382.
- Spitz, W. W. and Schneider, V.
The significance of diatoms in the diagnosis of deaths by drowning.
Journal of Forens Science, 1964-9:11-13.
- Raffo, O. H.
La muerte violenta.
Editorial Universidad, Buenos Aires, 1987.
- Riú, J. A. y Travella de Riú, G.
Lesiones. Aspectos médico-legales.
Lema Editora, Buenos Aires, 1994.
- Riú, J. A. y Tavella de Riú, G.
Psiquiatría Forense.
Lerner Editores Asociados, Buenos Aires, 1987.
- Robbins.
Pathology: basis of disease.
4th edition W. B. Saunders Co., 1989.
- Rojas, N.
Medicina Legal.
El Ateneo, 9^a edición, Buenos Aires, 1966.
- Rognum infant death syndrome. New trends in the nineties.
Scandinavian University Pres., 1995, Oslo.
- Romi, J. C. y col.
Estudio psiquiátrico forense en delitos sexuales.
Presentado para optar al Premio L. V. López de Psiquiatría de la Academia de Medicina, 1999.
- Rosenthal, N.
Molecular medicina.
New Engl. Journal of Med., 1994-331(9) 158-154.
- Recertificación Profesional.
II Jornada de Prevención del riesgo legal de la malapraxis.
Noviembre de 1996.
Asoc. de Med. Munic. de la Ciudad de Buenos Aires.
- Reverte Coma, J. M.
Antropología Forense.
Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica.
Centro de Publicaciones. Madrid, 1991.
- Tabbara, W. et Dérobert, L.
Le diagnostic medicolegal de la sumersion vitale par la recherche des diatomées dans la moelle osseuse.
Ann Med. Leg., 1962-42:374-381.
- The technical working group DNA analysis methods.
Consensus approach for applying the ceiling principle to derive conservative estimates of DNA profile frequencies.
Journal of Forensic Sciences, 1994-39(4), 899-904.
- Thonas, F. et al.

- Diagnostic medicolegal de la mort par submersion par la mise en evidence de diatomees dans la moelle des os longs.
Ann Méd. Meg., 1962-42:369-373.
- Thompson, W.
Subjetive interpretation. laboratory error and the value of forensic DNA, evidence: three case studies.
Genética, 1995-96:153-168.
 - Trezza, F. C. y col.
Análisis de marcadores biológicos de sumersión.
Prens. med. Argent., 1996, 83:337-343.
 - Thonas, F. et al.
Diagnostic medicolegal de la mort par submersion par la mise en evidence de diatomees dans la moelle des os longs.
Ann Med. Meg., 1962-42:369-373.
 - Thompson, W.
Subjetive interpretation. Laboratory error and the value of forensic DNA, evidence: three case studies.
Genética, 1995-96, 153-168.
 - Trezza, F. C. y col.
Análisis de marcadores biológicos de sumersión.
Prens. Med. Argent., 1996, 83:337-343.
 - Ubelaker, D.
Hyoid fracture and strangulation.
Journal of Forensic Sciences, 1992 37(5):1216-1222.
 - Valdez Dapena, M.
Sudden death in infancy: a report for pathologists.
Pediatric Pathology, 1975, 2:1-14.
 - Vázquez Acuña, M. E.
El V.I.H.-S.I.D.A. como causal de cesación del encierro o de la suspensión de la ejecución de la pena privativa de la libertad.
J.A., enero 27 de 1999, número 6126:8-13.
 - Vázquez, M. y col.
Consideraciones sobre accidentes de tránsito.
Prens. Med. Argent., 1999-86:236-243.
 - Vallejo Ruiloba, J.
Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría.
3ª edición, Salvat, Barcelona, 1991.
 - Vege, A. et al.
Diagnosis of sudden infant death in the nordic countries since, 1970.
Scandinavian University Press., 1995:61-3, Oslo.
 - 25º Aniversary of National S.I.D.S.
Pediatrics, 1988-26:65-66.
 - Vergaduer, A. C. y Rodríguez, P.
La ley 24.417 de protección contra la violencia familiar como proceso urgente.
J.A., marzo 19 de 1996, número 6029:10-12.
 - Verde, G. A.
Controversia en muerte encefálica.
Boletín científico. Asociación de Med. Munic. de la Ciudad de Buenos Aires, Año 3, número 10, junio de 1998:2-7.
 - Verruno, L; Haas, E. J. C.; Raimondi, E. H. y Legaspe, E.
Manual para la investigación de la filiación.
Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1994.
 - Vidal, A.
Psiquiatría.
Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1986.

BIBLIOGRAFÍA

- Votta, R.; Parada, O. H. y col.
Obstetricia.
López Libreros Editores, Buenos Aires, 4ª edición, 1988.
- Weir, B.
The second research council report on forensic D.N.A. evidencia.
Am. J. Hum. Genet., 1996-59:497-500.
- Weir, J. et al.
Interpreting DNA mixtures.
J. Forensic Sci., 1994-42(2):213-222.
- Westwood, S. and Werret, D.
An evaluation of the polymerase chain reaction method for forensic application.
forensic Science Internat., 1990-45:201-215.
- Wilson, M. et al.
Validation of mitochondrial DNA sequences for forensic casework analysis.
Int. J. legal Medic., 1995-108:68-74.
- Williams
Obstetricia.
20ª edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1998.
- Willinger, M. and Hoffman, H.
Infant sleep position and risk for S.I.D.S.
Pediatrics, 1994-93:814-819.
- Wilinger, M. and James, L. S.
Defining the S.I.D.S.
Pediatr. pathol., 1991-11:677-84.
- Young, N. A. and Naryshkin, S.
An implementation plan for autopsy quality control and quality assurance.
Arch Pathol. Lab. Med., 1993-117:531-534.

INDICE TEMÁTICO

A

Ablación de órganos	397
Aborto	305
- accidental	307
- complicaciones del aborto	
criminal	310
- concepto	305
- criminal	306, 307
- criminal y secreto médico	309
- diagnóstico médico-legal del	
aborto criminal	311
- indirecto	307
- espontáneo o patológico	306
- jurídico	307
- preterintencional	307
- técnicas del aborto criminal	310
- terapéutico	307, 308
- y estado de necesidad	307
Abuso sexual	319
Accidente de trabajo	433
- denuncia	436
Accidentes de tránsito, lesiones por ..	262
Acidos	
- quemaduras por	255
Acreditación profesional	46, 48
Adipocira	165
A.D.N.	277
- estudio molecular del	
polimorfismo	277
- selección y conservación de	
muestras	280
- síntesis de definiciones operativas	
y metodología de tipificación	281
- interpretación de los resultados ..	285
Agonía	158
Ahumamiento	244

Alcalis

- quemaduras por	255
Alienados,	
- internación de	341
Anillo de Fisch	242
Ano	
- en la violación en el varón	325
- en la violación en la mujer	325
Aplastamiento	265
Armas blancas, lesiones por	232
- lesiones cortantes o incisas	232
- lesiones punzantes	234
- lesiones punzocortantes	235
- lesiones contusocortantes	235
- informe médico-legal	237
Armas de fuego, lesiones por	
proyectiles de	238
- orificio de entrada	241
- trayecto	246
- orificio de salida	246
- informe médico-legal	248
Asfixias	197
- clasificación	199
- ahorcadura	201
- comprensión torácico-abdominal ..	207
- confinamiento	215
- cuerpos extraños	208
- crucifixión	208
- estrangulación	205
- por gases inertes	209
- sepultamiento	209
- sofocación	207
- sumersión	209
- tóxicas	214
Antropología forense	272
Autopsia	167

MEDICINA LEGAL

- autopsia asistencial	167
- médico-legal	167
Autorización, para el ejercicio de la medicina	43, 44

B

<i>Battered child syndrome</i>	385
<i>Bioética</i>	133
<i>Benassi</i> , signo de	245
<i>Blast injury</i>	263
<i>Boca de mina de Hofmann</i> , signo de la	243

C

<i>Cadáver</i>	168
- examen externo	169
- examen interno	170
<i>Cadávericos</i> , fenómenos	161
- inmediatos	161
- tardíos o alejados	164
<i>Caída</i>	261
<i>Calcado de la trama</i> , signo del	241
<i>Capacidad civil</i>	335
<i>Carbonización</i>	252
<i>Catástrofes</i>	448
- clasificación	451
- obligaciones del médico	42
<i>Certificación profesional</i>	46, 48
<i>Certificado</i>	44, 109
- de defunción	111
- de defunción fetal	111
- de cremación	111
- de internación de pacientes con trastornos psíquicos	111
- de matrimonio "in extremis"	110
- de traslado al exterior de incapaces	110
- en el juicio de incapacidad por demencia	111

- en el juicio de inhabilitación	111
- prenupcial	111
<i>Certificado médicos</i>	109
- concepto	109
- ordinarios	110
- oficiales	110
- falsos	111
<i>Cesión de título</i>	53

Códigos

- de <i>Ética Médica</i> de la C.O.M.R.A.	144
---	-----

Coleta

- de entrada	233
- de salida	233

Colicuación

Coma

Comités Hospitalarios de Ética

Compatibilidad inmunogenética,

prueba de	276
-----------------	-----

Concepción

- época de la concepción	293
--------------------------------	-----

Congelación

Cono, signo del

Consentimiento informado

Consentimiento en la ley de

<i>transplantes</i>	404
---------------------------	-----

Consultores técnicos

Contagio venéreo

Contusiones

- definición	225
- apergaminamiento	225
- aplastamiento	265
- arrancamiento	229
- caída	261
- decapitación	229
- defenestración	261
- equimosis	226
- excoriación	226
- hematoma	227
- herida contusa	228
- jumping	261
- mordeduras	263
- scalp	229

ÍNDICE TEMÁTICO

<i>Corifricación</i>	165
<i>Criminalística</i>	34, 269
- definición y clasificación	271
- policial	271
- médico-legal	271
<i>Criminología</i>	344
<i>Cromosómico, sexo</i>	317
<i>Crush syndrome</i>	265
<i>Culpabilidad</i>	355
<i>Curanderismo</i>	52

CH

<i>Charlatanismo</i>	52
----------------------------	----

D

<i>Decapitación</i>	229
<i>Defenestración</i>	261
<i>Degüello</i>	237
- homicida	237
- suicida	237
<i>Deontología médica</i>	34
<i>Desgarros</i>	230
<i>Deshilachamiento crucial, signo del</i> ..	241
<i>Derrame</i>	230
<i>Descuartizamiento</i>	229
<i>Desgarro</i>	230
<i>Deshidratación</i>	161
<i>Diceología médica</i>	34
<i>Distanasia</i>	140
<i>Docimasia</i>	159
- hepática	155
- histológica de Bouchut-Tamasia ..	154
- pulmonar de Galeno - Schreger	
o hidrostática	154
- radiográfica de Bordas	154
- suprarrenal	159
<i>Documentación médica</i>	107
<i>Donantes de órganos</i>	404

E

<i>Edad, diagnóstico de</i>	274
<i>Ejercicio legal de la medicina</i>	41
<i>Ejercicio ilegal de la medicina</i>	51
<i>Electricidad</i>	255
- atmosférica	260
- fulguración	260
- industrial	255
- lesión electroespecífica	268
- muerte por	259
- quemadura eléctrica	259
<i>Electrocución</i>	260
<i>Embalsamamiento</i>	172
<i>Embarazo</i>	294
- aspectos jurídicos	296
- diagnóstico	294
- duración legal	296
- reconocimiento	296
- simulación	297
<i>Emoción violenta</i>	357
<i>Enfermedad profesional</i>	433
<i>Enfriamiento</i>	161
<i>Escarpela, signo de la</i>	241
<i>Espasmo cadavérico</i>	163
<i>Especialidad</i>	46
<i>Especialistas</i>	46
<i>Estados intersexuales</i>	332
<i>Estado de necesidad</i>	87, 90
<i>Estallido</i>	230
<i>Estupro</i>	327
<i>Ética y medicina</i>	133, 135
- Código de Ética	
<i>Eutanasia</i>	140
<i>Exhibiciones obscenas</i>	328
<i>Explosión</i>	263

F

<i>Fecundación asistida</i>	302
<i>Filiación</i>	285
<i>Filhos-Langer, ley de</i>	234

MEDICINA LEGAL

<i>Fórmulas</i>		<i>Imputabilidad</i>	354
- de Balthazar y Dervieux	274	<i>Incapacidad civil</i>	336
- de Bouchut	161	<i>Incapacidad laboral</i>	435
- de Gloister	161	<i>Índice</i>	
<i>Fracturas</i>	230	- cefálico de Broca	273
<i>Fuero</i>	36	- de Profichet	273
<i>Fulguración</i>	260	<i>Informe médico-legal</i>	129

G

<i>Genoma humano, proyecto</i>	140	<i>Inimputabilidad</i>	355
		<i>Inmadurez sexual y delitos sexuales</i> ..	327
		<i>Integridad sexual, delitos contra la</i> ..	318
		<i>Investigación en medicina</i>	139
		<i>Internación en pacientes con</i>	
		trastornos psíquicos	341

H

<i>Halo hemorrágico visceral</i>	246
<i>Harakiri</i>	236
<i>Himen</i>	323
<i>Historia clínica</i>	112
- concepto	112
- confección, redacción, archivo ..	113
- computarizada	114
- exhibición obligatoria	114
<i>Homicidio</i>	177
- concepto	178
- clasificación	178
- simple	179
- simple con dolo eventual	179
- con agravantes	179
- con atenuantes	180
- culposo	181
- preterintencional	181
<i>Homosexualidad</i>	368
<i>Honorarios médicos</i>	115
- concepto	117
- juicio por cobro	118
- ética y honorarios médicos	119

I

<i>Iatrogenia</i>	87, 88
<i>Impotencia sexual</i>	331

J

<i>Juicio</i>	
- de incapacidad por demencia ...	337
- de inhabilitación	340
- por cobro de honorarios	118
<i>Jumping</i>	261
<i>Juramento</i>	
- hipocrático	41
- fórmula de Ginebra	42
<i>Justa causa</i>	99, 102
- teoría de la	99
- legal	103
- moral	103
<i>Justicia Nacional, organización</i>	36

L

<i>Laceración</i>	230
<i>Lactante, muerte súbita del</i>	175
<i>Legados y donaciones</i>	119
<i>Lesiones</i>	
- accidentales	217
- autoinferidas	217
- clasificación	219
- culposas	223
- de defensa	219

ÍNDICE TEMÁTICO

- definición	219	- súbita del adulto	188
- dolosas	223	- súbita infantil	182
- en acordeón	234	- súbita del lactante	185
- en el Código Penal	220	- violenta	160
- en el Código Civil	220	- del feto	191
- evolución	266	- del recién nacido	191
<i>Lesiones vitales</i>	267		
<i>Lesiones post-mortem</i>	267		
<i>Livideces</i>	163		
<i>Lugar del hecho, examen</i>	168		

M

<i>Maltrato infantil</i>	385
- aspectos jurídicos	389
- cese del maltrato	391
- criterios de internación	390
- daño físico	385, 388, 391
- daño emocional	386
- daño sexual	387
- negligencia	388
- pericias	392
- secreto médico, denuncia	390
- trastornos facticios	389
<i>Matrícula</i>	43
<i>Matriculación</i>	43
<i>Montali, signo de</i>	252
<i>Medicina legal</i>	
- definición	32
- contenido	33
- importancia en la carrera de <i>Medicina</i>	31
<i>Momificación</i>	166
<i>Morgue Judicial</i>	
- protocolo de autopsia	159
<i>Muerte</i>	157
- definición	157
- real	160
- aparente	160
- encefálica	160, 400
- inesperada	160
- natural	160

N

<i>Nacimiento</i>	297, 298
- aspectos civiles	299
- inscripción, certificado	299
- identificación del recién nacido	300
- aspectos penales	301

O

<i>Obligaciones de los médicos</i>	45
<i>Odontología forense</i>	272
<i>Organización de la Justicia</i>	
<i>Nacional</i>	35

P

<i>Parafilias</i>	367
<i>Parto</i>	297, 298
<i>Pericia médica</i>	128
- definición	129
- denominaciones	129
- formas de presentación	129
- estructura	130
- valor	130
<i>Peritos</i>	125
<i>Peritos médicos</i>	125
- concepto	125
- clasificación	126
- condiciones que debe tener	126
- de oficio	126
- excusación	127
- oficiales	126

MEDICINA LEGAL

- propuestos por las partes	126	- antecedentes históricos	83
- en el fuero penal	127	- concepto	83
- en el fuero civil	128	- elementos constitutivos	87
- recusación	127	- encuadramiento jurídico	91
<i>Persona</i>		- causas y prevención de los	
- abandono de	90	juicios por responsabilidad	
- comienzo de la existencia	293	profesional	92
- por nacer	292	<i>Reválidas. Tratados internacionales..</i>	51
<i>Peso</i>		<i>Rigidez</i>	162
- del recién nacido	191		
- de las vísceras en el recién			
nacido de término	191		
<i>Placenta</i>	196		
<i>Precipitación</i>	261		
<i>Presión atmosférica, lesiones por</i>			
variación de la	265		
<i>Prescripción</i>	95		
<i>Prohibiciones de los médicos</i>	45		
<i>Proyectiles de armas de fuego</i>	239		
<i>Psiquiatría médico-legal</i>	339		
<i>Pulmón</i>			
- del recién nacido	194		
<i>Punto de Beclard</i>	195		
<i>Putrefacción</i>	164		

Q

Quemaduras	248
- concepto	248
- por calor	249
- por frío	252
- por electricidad	255
- por álcalis	255
- por ácidos	255
- por radiación	253

R

<i>Radiología forense</i>	212
<i>Recién nacido</i>	190
<i>Receptores de órganos</i>	404
<i>Recertificación</i>	46
<i>Responsabilidad médica</i>	83

S

Secreto médico	97
- absoluto	100
- compartido	100
- concepto	99
- en el Código de Ética Médica de la C.O.M.R.A.	105
- en el Código Penal	100
- en el Código Procesal Penal de la capital	103
- en la ley del ejercicio de la medicina	103
- relativo	100
Sexología forense	315
sexo	317
- biológico	317
- cromosómico	317
- cromatínico	317
- jurídico	317
- morfológico	317
- psicológico	317
Sexualidad, trastornos de la	367
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.)	373
- aspectos médica legales	373
- aspectos bioéticos	377
- secreto médico	373
- responsabilidad médica	376
Suicidio	174
- teorías, antecedentes históricos ..	174
- en el Código Penal	175

ÍNDICE TEMÁTICO

<ul style="list-style-type: none"> - en la ley del ejercicio de la medicina 176 - en el Código de Ética 176 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Trabajo, Medicina Legal del</i> 433 - accidente de trabajo 430 - enfermedad profesional 434 Transplantes 400
---	--

T

<i>Tabla</i>	
- de Manouvrier	274
- de Orfila	273
<i>Talla, diagnóstico de</i>	273
<i>Tanatología</i>	157
<i>Tanatoconservación</i>	172
<i>Tanatocronodiagnóstico</i>	166
<i>Tanatodiagnóstico</i>	157
<i>Tanatolegislación</i>	173
<i>Tanatosemiología</i>	161
<i>Tocoginecología forense</i>	289
<i>Toxicomanías</i>	359

U

Usurpación de títulos y honores	53
Uso indebido de drogas	359

V

Violación	322
- concepto	321
- denuncia	328
- diagnóstico médico-legal	322
Violencia familiar	383

**Se terminó de imprimir en el mes de marzo de 2000
en los Talleres Gráficos Nuevo Offset
Viel 1444, Capital Federal**